

ПРОФ. Н. И. ОЗЕРЕЦКИЙ

ПСИХОПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

УЧЕБНИК ДЛЯ ВЫСШИХ
ПЕДАГОГИЧЕСКИХ
УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ
УЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МОСКВА 1934 ЛЕНИНГРАД

ПСИХОПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

УЧЕБНИК
ДЛЯ ВЫСШИХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ
УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

*Допущено
Коллегией Наркомпроса РСФСР*

ТРЕСТ "ПОЛИГРАФКНИГА"
2-я ТИПОГРАФИЯ "ПЕЧАТНЫЙ ДВОР"
Ленинград, Гатчинская, 26.
ПРОВЕРЩИЦА № 6
При обнаружении дефекта в книге, просим
возвратить ярлык вместе с книгой.



ГОСУДАРСТВЕННОЕ
УЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МОСКВА • 1934 • ЛЕНИНГРАД

Психопатология детского возраста — учебник для студентов дефектологического и педологического отделения вузов — в общей части ставит задачей ознакомление с понятиями „болезнь“, „здоровье“, „норма“, с причинами психических болезней и их симптоматикой, с методикой изучения психически больного ребенка и подростка. В специальной части развернута клиническая картина отдельных психических болезней и болезненных состояний, наиболее часто встречающихся в детском возрасте, а также даны указания о мерах предупреждения (профилактика) болезней, их лечении и лечебно-педагогической коррекции. В связи с потребностями практики дефектолога и педолога в учебнике уделено внимание состояниям психического недоразвития (олигофрениям), эпилепсии и эпилептиформным состояниям и реакциям, сифилису нервной системы, психопатиям и неврозам. В заключительной главе затронут вопрос об организации психоневрологической помощи детям и подросткам.

Ответственный редактор: *Е. Сороцкая.*
Технический редактор: *Т. Иванова.*
Корректор: *В. Шпринг.*

Книга сдана в набор 27/III 1934 г. Подписана к печати 3/VI 1934 г.
У.-97. Учпедгиз № 4303. Ленгорлит № 14038. Заказ № 1759.

Формат бумаги 62 X 94 см. Тираж 5.000 экз.
Изд. листов 151/4. Авт. листов 17,72. Бум. л. 7⁵/8. (97900 тип. зн. в 1 бум. листе).
Бумага фабрики „Сокол“.

2-я тип. „Печатный Двор“ треста „Полиграфкнига“, Ленинград, Гатчинская, 26.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

Предисловие	Стр. 3
-----------------------	-----------

ОБЩАЯ ЧАСТЬ.

I. Понятие о болезни, здоровьи и норме	5—9
II. Этиология психических уклонений	9—21
Социальные факторы. Экзогенные факторы. Соматические факторы. Психические факторы. Эндогенные факторы. Наследственность. Врожденное предрасположение. Приобретенное предрасположение. Возраст, пол, национальность. Аутоинтоксикация и болезни внутренних органов.	
III. Симптоматология	21—49
Соматическая симптоматология. Строение тела. Неврологические расстройства. Расстройство речи и письма. Двигательная недостаточность. Психическая симптоматология. Расстройство восприятий. Интеллект, его расстройства. Внимание, его расстройства. Память, ее расстройства. Мышление, его расстройства. Навязчивые идеи. Бредовые идеи. Эмоциональная сфера, ее расстройства. Воля, ее расстройства. Сознание, его расстройства. Симптомокомплексы.	
IV. Патопластика, течение, исход и прогноз психических уклонений у детей	49—52
V. Патологическая анатомия и локализация психических расстройств	52—55
VI. Методы изучения психически больного ребенка и подростка	55—59

СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ.

VII. Классификация психических уклонений	60—80
Состояния психического недоразвития (олигофрения). Этиология. Степени олигофрении. Недифференцированные формы олигофрении. Дети с замедленным темпом развития. Олигофрения на почве врожденного сифилиса. Гидроцефалия. Микроцефалия. Монголизм. Кретинизм	
VIII. Процессы экзогенного происхождения (инфекции)	80—92
Сифилис мозга. Неопластический симптомокомплекс. Острый сифилитический менингит. Эпилептиформный сифилис мозга. Апоплектиформный сифилис. Сифилитический псевдопаралич. Сифилитический галлюциноз и сифилитический параноид. Сифилитическая неврастения. Состояния, сходные с психопатиями. Приобретенный сифилис. Юношеский (ювенильный) прогрессивный паралич.	

IX. Процессы экзогенного происхождения (инфекции)	92—104
Эпидемический энцефалит. Этиология и патогенез. Острый стадий болезни. Хронический стадий. Адинамическая форма. Гипердинамическая форма. Инфекционная хорея. Симптоматология.	
X. Схизофрения	104—118
Общая симптоматология. Отдельные формы схизофрении. Простая схизофрения. Гебефрения (юношеское слабоумие). Кататония. Циркулярная форма. Параноидная форма.	
XI. Эпилепсия	118—136
Клиническая картина эпилепсии. Припадки. Психические эквиваленты. Соматические расстройства. Хронические изменения психики.	
XII. Эпилептиформные состояния и реакции	136—143
Спазмофилия. Случайные судороги, симптоматические судороги. Аффективные респираторные судороги. Привычные обмороки. Органически обусловленные припадки (симптоматическая эпилепсия). Нарколепсия. Пикнолепсия.	
XIII. Маниакально-депрессивный психоз	143—150
Маниакальное состояние. Депрессивное состояние. Смешанные состояния.	
XIV. Пограничные состояния	151—196
Определение понятия «пограничные состояния» Классификация психопатий. Конституциональные психопатии. Схизоиды. Циклоиды. Эпилептоиды. Ограниченные задержки развития. Истероиды. Астенические психопаты. Эндогенная нервность. (Nervosität) Психастения. Отдельные симптомы комплексы при ограниченных задержках развития. Дистонные. Пассивные дистонные. Активные дистонные. Взрывчатые. Реактивно-лабильные.	
XV. Реактивные психические расстройства	196—209
Психогенные реакции (психоневрозы). Псевдоневрастения. Невроз ожидания. Невроз испуга. Реактивная депрессия. Соматогении. Неврастения. Вегетативные неврозы. Тики.	
XVI. Истерия	209—214
XVII. Психогигиена, психопрофилактика. Организация психоневрологической помощи детскому населению	214—223
Приложение	223—230
Указатель литературы.	
Указатель терминов.	
Сводная таблица классификации психопатий	

ПРЕДИСЛОВИЕ.

Психопатология детского возраста — дисциплина еще во многом несамостоятельная, нередко смотрящая на психические заболевания глазами своей матери — психиатрии взрослых, что является ее несомненным минусом и может быть объяснено лишь ее сравнительной молодостью. В связи с этим в одних учебниках психопатологии детского возраста описание клинической картины психических уклонений является иногда недостаточно полным, в других — существующие в отношении детей пробелы знания восполняются описанием симптомов, встречающихся у взрослых. В предлагаемом руководстве мы избрали первый путь, стремясь к тому, чтобы изложить лишь сведения, относящиеся к детям, предпочитая в ряде случаев оставлять «белые пятна», не нанося на «детскую карту» еще неоткрытых, необследованных, не изученных явлений, симптомов.

Руководство предназначается для студентов дефектологического и педологического отделений педвузов. Исходя из потребностей будущей практики слушателей, в которой им чаще придется встречаться с так называемыми пограничными состояниями, мы этим последним уделили возможно больше места. При описании психопатий и реактивных психических расстройств мы центрируем внимание как на их распознавании, так в особенности на их профилактике и мерах лечебно-педагогической коррекции, что несомненно входит в обязанности педолога и дефектолога.

О некоторых психических заболеваниях, сравнительно редко встречающихся в педагогической практике, мы совершенно не упоминаем; о других говорим лишь постольку, поскольку важно своевременное выделение этих больных из детской массы; на третьих, точно так же, как и на пограничных состояниях, где роль педолога и дефектолога расширяется в сторону профилактики и лечебно-педагогической коррекции, мы останавливаемся более или менее подробно.

В руководстве много медицинских терминов; отказаться от них мы считали нецелесообразным, так как термин — разменная монета, при помощи которой легче обмениваться мыслями. Не имея этой «разменной монеты», педолог и дефектолог встретят в своей повседневной практике известные затруднения, так как они не всегда смогут понимать работающих совместно с ними врачей-психоневрологов, говорящих «на непонятном для них языке». Кроме того, из-за незнания терминологии они будут в значительной степени лишены возможности читать близкую к их специальности

медицинскую литературу. Для облегчения пользования медицинской терминологией в конце книги приложен указатель с обозначением страниц, на которых встречается пояснение терминов в тексте.

Чтобы не увеличивать размеров руководства, мы не помещаем описания отдельных клинических случаев; по той же причине мы принуждены были выпустить главу, посвященную истории детских психозов, а также отказаться от рисунков.

Приступая к изучению психопатологии детского возраста, необходимо поставить перед собой ряд вопросов: 1) Что такое болезнь? 2) Чем вызывается болезнь, каковы причины заболевания? 3) Как проявляется болезнь (ее симптомы)? 4) Как течет болезнь и чем она заканчивается (исходное состояние)? 5) Каков патолого-анатомический субстрат (почва), на котором развивается болезнь? 6) Как изучать психически больного ребенка и подростка? Всех этих вопросов мы коснемся в общей части руководства, в специальной же части будем говорить об отдельных болезнях и болезненных состояниях, встречающихся у детей и подростков, а также о мерах предупреждения и лечения болезней.

I. ПОНЯТИЕ О БОЛЕЗНИ, ЗДОРОВЬИ И НОРМЕ.

Дать исчерпывающее, *пригодное для всех случаев* определение понятия болезни невозможно: *при всех случаях* абсолютно здоровых людей вовсе не существует; наоборот, в известных условиях среды весьма многие являются вполне приспособленными к условиям существования, т. е. практически здоровыми.

Несмотря на отказ от абсолютного определения понятия болезни, для практических целей все же существует ряд определений этого понятия, из которых известным признанием пользуются определения Боткина и Остроумова. «Болезнь есть реакция организма на вредно действующие на него влияния внешней среды» (Боткин). Подобное определение не всегда применимо к конкретной действительности, так как в него не могут уложиться все патологические (болезненные) процессы и найти свое абсолютное отграничение от процессов физиологических. Все же это определение имеет свою известную ценность, потому что оно подчеркивает динамический характер болезни: одно и то же состояние в разных условиях среды может быть и здоровьем и болезнью. Кроме того, это определение особенно рельефно оттеняет тот момент, что в повседневной жизни мы имеем дело не с болезнями, а с больными, лечим мы не болезнь, а конкретного больного во всех его бесконечно сложных взаимоотношениях с окружающей социальной и физической средой.

Если нельзя дать исчерпывающего определения понятия «болезнь», то точно так же невозможно дать аналогичного определения понятия «здоровье», «норма». Абсолютной метафизической нормы нет, так как нормальное при одних условиях является ненормальным при других. Старые авторы рассматривали норму как «созданный творцом первоначальный, совершенный тип человека» (Морель — Morel) или

как «объединение высших ценностей вида» (Гильдебрандт — Hildebrandt). Хотя в настоящее время взгляды Мореля и Гильдебрандта на норму и не разделяются, но все же и сейчас некоторыми буржуазными учеными норма отождествляется с абсолютным понятием совершенного; это так называемая норма — идеал.

Подобное определение нормы является абстрактным. Не менее абстрактным является определение нормы, только как количественного масштаба оценки, как неизменной величины, взятой вне всякой связи с классовой характеристикой, вне социально-экономической формации общества.

При рассмотрении нормы, как количественного масштаба оценки, она понимается некоторыми авторами, как известная совокупность свойств, встречающихся у большинства. Подобное грубо наглядное определение того, что встречается наиболее часто, не может считаться удовлетворительным, а потому к проблеме нормирования применяют методы вариационной статистики с ее точно математически выраженными величинами. Если вначале норма понималась как среднее арифметическое, вычисленное из большого числа случаев, то вскоре была обнаружена недостаточность подобного вычисления, так как отдельные особенности распределялись в ряду крайне неравномерно, и нередко вне этого среднего арифметического находились все наиболее часто встречающиеся в жизни отклонения. Таким образом норма являлась абстрактной математической точкой. Этот недостаток был восполнен тем, что при вычислениях нормы стали пользоваться не средним арифметическим, а модой (M_o), т. е. величиной, наиболее часто встречающейся в данном ряду. Но и это оказалось недостаточно, так как, чем больше рассеяны в коллективе отдельные признаки, тем менее надежна всякая средняя, поэтому при статистическом определении нормы отыскивают не только среднее, но и дают характеристику рассеяния величин по всему ряду (так называемое средне-квадратическое отклонение — «сигма» (σ)). При таком вычислении статистическая норма, основанная на принципе частоты явлений, до известной степени дает возможность судить о том, насколько отдельный признак обычен для данного коллектива, или же резко от него отклоняется. Однако подобный количественный масштаб оценки, взятый сам по себе, имеет много существенных недостатков. Прежде всего недостаточность статистической оценки нормы выявляется в том, что *наиболее частое* явление не всегда может совпадать с понятием *нормального*: не трудно представить себе такой случай, когда мы имеем массовое болезненное явление (например кариозные зубы), которое при статистической обработке, как наиболее частый признак, должно расцениваться, как явление нормальное.

Наиболее существенным недостатком статистического определения нормы является отсутствие учета тех влияний, которые создают количественную разницу. Без такого качественного анализа нередко в одной группе объединяются весьма различные по своим свойствам лица, или присущие этим лицам отдельные признаки, так как статистическая норма не в состоянии охватить индивидуума в целом, отобразить всю совокупность свойств его личности. Отсутствие при статистическом определении нормы качественного масштаба оценки,

игнорирование рассмотрения коллектива с точки зрения его исторического развития, отсутствие учета конкретной социальной обстановки — все это вместе взятое нередко на практике приводит к реакционным выводам, когда такой фиктивной «объективной» нормой прикрываются классовые интересы буржуазного общества. Достаточно иллюстрированы в этом отношении высказывания о «низших» расах, обреченных на вырождение и вымирание только потому, что по антропометрическим размерам они оказались непохожими на «господствующую» нацию. Вот что пишет (1930 г.) по этому поводу Н о л ь т е н и у с (Noltenius): «Мы можем наметить три характерологических расовых типа, а именно: «расы господ», «расы свободных людей» и «расы рабов». Третий тип мы прежде всего находим среди восточных рас, например, русский мужик... строение тела у них низкое, короткочленное... у них отсутствует способность быть вождем... молча и тупо они переносят горе и унижение». Эти слова приводятся с ссылкой на математическую «объективность», на статистические данные антропометрических промеров. Не удивительно, что все, противоречащее интересам капиталистического общества, все выходящее из рамок, обусловленных его классовыми интересами, объявляется ненормальным с ссылками на статистическую «объективность». В последние годы, годы кризиса капитализма и обостряющихся социальных противоречий, на западе появилось немало работ (Herget, Lenz, J. Lange, Noltenius и др.), пытающихся при помощи таких «объективных» данных доказать, что классовое расслоение есть результат естественного отбора, пролетариат и некоторые отдельные расы («низшие расы») — самая неполноценная часть человечества.¹

К недостаткам математической нормы необходимо также отнести ее статичность, отсутствие учета непрерывной изменчивости среды. Наконец, даже при правильном понимании статистической нормы она не всегда может быть точно количественно вычислена, так как, из-за так называемой альтернативной изменчивости (то признак есть, то совершенно отсутствует, или один вид признаков не похож на другой), признаки не могут быть расположены в виде непрерывного вариационного ряда.

¹ Интересно попутно отметить, что германские фашисты свою политику обосновывают теорией «чистоты расы», теорией, якобы построенной на данных генетики. В своей теории они исходят из того, что культура есть генетический признак, который по их мнению в максимальной степени присущ северо-германской расе и сравнительно мало или совершенно не свойствен другим расам. Для сохранения «чистоты расы» необходимо избегать трех опасностей: 1) скрещивания с другими расами, 2) дегенерации, вследствие чрезмерного размножения неполноценных личностей, 3) вымирания, вследствие сокращения рождаемости. В качестве мер борьбы против первой опасности фашисты преследуют чуждые расы, особенно семитскую, как «наиболее вредную и опасную», так как евреи «сочинили марксизм», на базе которого построен интернационализм, в корне подрывающий учение о превосходстве германской расы. Против второй опасности рекомендуется стерилизация, так как не только психическим болезням, но и преступности фашисты, совершенно игнорируя социальные факторы, приписывают исключительно биологическое происхождение. В борьбе с третьей опасностью рекомендуется упразднение «вредных развлечений» (театр, кино и пр.), покровительство церкви, возврат крестьян из города в деревню, увольнение с работы незамужних женщин, проповедь правила: «раньше жениться, меньше учиться». Так «объективная» буржуазная наука обосновывает учение о существовании «низших рас», стремясь расовой борьбой отвлечь внимание масс от борьбы классовой.

Даже в тех случаях, когда более или менее точно установлена вариабильность различных признаков, характеристика личности все же будет затруднительной, если не будет установлено взаимоотношение, взаимосвязь этих признаков. Это осуществляется методом корреляции (*corrélation* — соотношение), которым определяется степень параллелизма (прямого или обратного) между явлениями, признаками, но внутренняя связь этих явлений методом корреляции не вскрывается, что лишний раз подчеркивает недостаточность одного лишь количественного определения нормы.

Обобщая все сказанное, следует рассматривать норму как масштаб оценки, в котором в одинаковой степени являются важными и количественная мера, и качественная оценка. При этом особенно следует помнить, что норма должна браться динамически в конкретных условиях, во взаимосвязи с данным этапом исторического развития общества, с учетом социальной сущности субъекта и требованиями общественной практики (классовая характеристика), с учетом половых, возрастных особенностей и т. д.

Приведенные определения понятий болезни и нормы относятся к тем случаям, когда речь идет об организме вообще; в детской психиатрической практике приходится иметь дело с болезнями и аномалиями не организма вообще, а *развивающейся личности* ребенка. С этой точки зрения совершенно неправильно, как это иногда делается, определять нормальное состояние, как состояние, обеспечивающее организму полную приспособляемость к условиям окружающей среды в виде возможности самосохранения, размножения, саморазвития, трудовой деятельности и пр. Подобное определение затушевывает социально-историческую проблему личности (проблему возникновения «человека как человека»), не вскрывает конкретных действительных основ образования человеческого поведения. Главной из этих основ является трудовая, практически чувственная деятельность, которую только что приведенное определение нормального состояния ставит на одну доску с самосохранением, размножением.

Поведение ребенка определяется его социальным опытом. Внешняя обстановка настоящего становится внутренним побуждением поведения в дальнейшем и переработка ребенком социального опыта данного момента целиком определяется внутренними установками, вытекающими из его предшествующего опыта. Таким образом в каждый данный момент личные особенности ребенка целиком определяются всей историей его прошлого; в свою очередь личными особенностями и внешними моментами определяется сама ситуация. Реакционная сущность буржуазной науки и заключается в том, что она берет объектом анализа личность, оторванную от социально-исторического процесса, рассматривая личность лишь в процессе ее индивидуальной жизни, индивидуального развития.

В дальнейшем мы будем говорить о *психической аномалии* лишь в тех случаях, когда внутренний конфликт личности или конфликт со средой (личности, обязательно взятой в конкретно-историческом плане, с тщательным анализом социально-классовой природы данного ее состояния) обусловлен частичными психическими отклонениями, носящими более или менее стойкий характер. Эти отклонения,

преимущественно выражающиеся в нарушениях функциональной деятельности нервной системы, обусловлены неврадинамическими изменениями, не имеющими ощутимого при современном состоянии наших знаний патолого-анатомического субстрата.

В отличие от психической аномалии *болезнь*, поражая более или менее здоровый до начала заболевания организм, представляет собой комбинированный процесс вредного воздействия внешней среды и реакций на него личности. Болезнь имеет свое начало, течение и исходное состояние. Болезнь обыкновенно связана с поражением мозга, или нарушением его функции, а также и с болезненными изменениями во всем организме, нередко дающими те или иные патолого-анатомические изменения. В одних случаях болезни бывают обратимы, т. е. наступает возврат к прежнему состоянию, бывшему до заболевания. В других случаях (необратимые болезни) происходит резкая деструкция (изменение) мозговой ткани, и возврата к прежнему (добользненному) состоянию не наблюдается. В таких случаях принято говорить, что болезнь прогрессивна, т. е. она в своем течении приводит к стойким изменениям (деградации личности). Когда речь идет о последствиях давно закончившейся болезни, оставившей в нервной системе стойкие изменения, остатки, обуславливающие неполноценность личности, — говорят о *резидуальных*, остаточных явлениях. Говоря образно, болезнь можно уподобить пожару, резидуальные явления — пепелищу. Если во время пожара наши мероприятия направлены на то, чтобы локализовать огонь, спасти наиболее существенное, ценное, важное, то на пепелище мы уподобляемся старьевщикам, которые кропотливо собирают по крохам остатки, чтобы при восстановлении разрушенного целесообразно использовать отдельные обломки, попорченные детали, разрушенные части. Только продуманное, внимательное, планомерное, целостное изучение личности дает возможность правильно разобраться в тех состояниях, которые в повседневной практике встречаются в самой разнообразной расцветке (от ярко выраженных до сглаженных, туманных, неотчетливых симптомов), а, следовательно, в конечном результате и оказать ту или иную лечебно-педагогическую помощь.

II. ЭТИОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ УКЛОНЕНИЙ.

Этиология — учение о причинах болезни. От этиологии необходимо отличать патогенез (происхождение болезни). *Патогенез* отвечает на вопрос о том, *как развивается* заболевание, в чем его сущность; *этиология* отвечает на вопрос, *почему заболевание возникает*, какова его причина. Вопросов патогенеза мы будем касаться при описании отдельных заболеваний, в настоящем же будем говорить только об этиологии, т. е. о причинах психических уклонов. Перечислить все разнообразие причин, вызывающих психические отклонения, было бы совершенно невозможно; для целого ряда случаев трудно также допустить и то, что их обуславливает лишь одна причина, а не совокупность многих факторов. Исходя из определения болезни, как «состояния организма, наступающего при нарушении соответствия между ним и окружающей его внешней

средой», мы должны будем подвергнуть анализу факторы этой внешней среды (экзогенные — внешние факторы), а также изучить реактивные способности организма, его особенности (эндогенные — внутренние факторы). Подобное деление на экзогенные и эндогенные факторы в значительной степени условно, различение их в клинической картине подчас совершенно невозможно, так как они между собой тесно переплетаются и, кроме того, тот или иной экзогенный фактор с течением времени может стать фактором эндогенным. Например, сифилис, внося изменения в конституцию больного, создает известное предрасположение к тем или иным заболеваниям. В связи с сказанным, такое строгое разделение на экзогенные и эндогенные факторы скорее диктуется соображениями учебного характера, чем действительными теоретическими соображениями.

Социальные факторы. отождествление факторов экзогенных с факторами социальными является неправильным, так как понятие последних значительно шире; с них мы и начнем описание этиологии психических уклонений. Неблагоприятные внешние факторы, воздействующие на человека, резко отличаются от факторов, воздействующих на животных, растения. Это различие воздействия обусловлено тем, что «человек — животное общественное», в силу чего его внешняя среда складывается не только из биологических и физических, но и социальных факторов. Эти последние в этиологии (причине) болезней приобретают тем большее значение, играют тем большую роль, чем обостреннее и глубже классовые противоречия, чем сложнее структура общества. Различие в социальных условиях приводит к тому, что один и тот же физический или биологический агент действует неодинаково, иллюстрацией к чему может служить хотя бы проблема утомляемости при социалистических формах труда (например соцсоревнование, ударничество, как оздоравливающий фактор при неврозах) и при труде принудительном в условиях капиталистического общества. Очевидно, что совершенно невозможно оторвать, представить в изолированном виде воздействие на человека физических и биологических факторов от его социальной среды, а потому болезнь следует прежде всего рассматривать как явление социально обусловленное. В одних случаях влияние социальных факторов на нервно-психическую заболеваемость может быть непосредственным, в других (значительно чаще) — предрасполагающим моментом для обнаружения вредных физических или биологических воздействий. Из социальных факторов следует отметить следующие, наиболее существенные: экономический, жилищный, фактор культуры и грамотности, профессиональный и пр.

О значении экономического фактора лучше всего судить на основании данных о частоте заболеваемости и смертности среди различных слоев населения. По Гомбургеру у женщин состоятельных классов самопроизвольные выкидыши составляют 9,17%, мертворождения 9,85% всех родов; у женщин рабочего класса процент выкидышей поднимается до 17,89, а мертворождений до 32,57. Очень показательна в смысле роли социальных факторов работа Герша «Неравенство перед смертью», где он путем анализа количественно большого, объективно собранного материала (материал Парижа за 1911—1913 гг.) приходит к выводу, что социальное неравенство

ведет к неравенству и перед смертью. О влиянии экономического фактора на нервно-психическую заболеваемость можно до известной степени судить по работе Штерн - Пипера, устанавливающего, что среди состоятельных слоев населения чаще встречаются функциональные заболевания нервной системы, среди рабочих слоев — органические психозы. Объяснение этому не трудно найти в том, что рабочие капиталистических стран находятся в крайне тяжелых условиях труда и быта, в силу чего они больше подвержены влиянию производственных ядов и других вредностей профессии, чаще заболевают различными инфекционными (заразными) заболеваниями и т. д., в то время как среди состоятельных слоев пресыщение жизнью нередко ведет к извращенным удовольствиям и развлечениям, половым излишествами и т. п.

Жилищный фактор, неотделимый от других социально-экономических факторов, также оказывает вредное влияние, повышая нервно-психическую заболеваемость, так как антисанитарные условия, скученность являются рассадником для различных инфекций. Нередко также ссоры, склоки среди жильцов, шум, пьянство, драки и пр. являются почвой для разнообразных психических травм.¹

Фактору культурности и грамотности, если он стоит на низком уровне, в большинстве случаев обязаны своим происхождением так называемые «бытовые» болезни (в особенности сифилис), а также и различные инфекционные болезни.

Профессия в смысле ее влияния на нервно-психические заболевания может сказываться по-разному: в одних случаях заболевание бывает непосредственно связано с вредностями профессии (свинцовое, ртутное отравление, физические травмы и т. д.), в других случаях профессиональные вредности предрасполагают к заболеваниям (утомительная, напряженная работа, чрезмерные требования, предъявленные профессией, повышенная ответственность и т. д.). Само собой разумеется, что в наших условиях этот фактор в психопатологии детского возраста не играет никакой роли, но в капиталистических странах, где беспощадно эксплуатируется детский труд, он приобретает огромное значение.

Большое значение в детской практике имеет беспризорность, безнадзорность ребенка. Ранняя борьба за существование, жизнь впроголодь, полная лишений, отсутствие самых элементарных удобств, антисанитарные, антигигиенические условия (в связи с чем большая возможность инфекционных заболеваний), раннее привыкание к наркотикам, половая невоздержанность, распущенность — все это вместе взятое крайне вредно отражается на формирующемся организме, подготавливая почву для всевозможных психических заболеваний.

Из всего здесь сказанного можно сделать вполне определенный вывод, что всякую болезнь прежде всего следует рассматривать как явление социальное, в силу чего с ней необходимо бороться не только лечебными, но и социально-профилактическими мероприятиями. Еще в свое время К о р с а к о в утверждал, что «множество факторов, влияющих на распространение душевных болезней,

¹ Травма физическая — удар, психическая — душевное потрясение.

таковы, что ослабление их требует чрезвычайных усилий и чисто коренного переустройства общественных отношений и условий жизни». Ценность этого высказывания особенно велика потому, что оно сделано в дореволюционное время, когда господствующим классам было невыгодно вскрытие социальных корней болезней, так как это шло в разрез с их интересами, ограничивая возможности эксплуатации. Только советская действительность прямо и со всей полнотой поставила вопрос о социальной сущности болезней.

Экзогенные факторы. Экзогенные факторы подразделяются на соматические (инфекции; интоксикации, нарушения целостности мозга, истощение) и психические (психические травмы, отрицательные аффективные переживания, так называемые психические инфекции).

Соматические факторы. Наибольшую роль в этиологии нервно-психических уклонений играют инфекции, протекающие остро или хронически. Острые инфекции (заразные заболевания) не только воздействуют на нервную систему путем соответствующих токсинов (ядов), но и производят самые разнообразные изменения в организме (изменение состава крови, нарушение обмена веществ, расстройство био-химических процессов и пр.). Нервно-психические уклонения при острых инфекциях, в большинстве случаев, бывают весьма недлительными, обыкновенно проходят с улучшением общего состояния. Чаще всего острые инфекции сопровождаются бредом, иногда обильными галлюцинациями, психомоторным возбуждением, недостаточной ориентировкой в окружающем, месте, времени. В других случаях после инфекции развивается состояние психической слабости (повышенная раздражительность, быстрая утомляемость, подавленное настроение и т. д.), которое также постепенно выравнивается. В отдельных случаях (при этом у детей значительно чаще, чем у взрослых) в связи с острой инфекцией развиваются стойкие поражения мозговой ткани (размягчения на почве кровоизлияний, энцефалиты, менингиты), в результате чего остается стойкое слабоумие, наблюдаются те или иные очаговые симптомы (параличи, парезы). У детей в связи с перенесенной инфекцией отмечается иногда временная потеря речи, на более или менее длительное время они теряют умение ходить и принуждены снова этому учиться. Сравнительно часто инфекции у детей сопровождаются различными нарушениями в деятельности органов чувств (особенно слуха), что нередко вредно отзывается на психическом развитии ребенка. Если инфекции часто следуют одна за другой, то, истощая организм, они могут служить причиной задержки психического развития детей. Наконец, неблагоприятное действие инфекции может сказаться в том, что она может, ослабляя организм, послужить толчком для обнаружения какого-либо другого психического расстройства.

Не менее важную роль в происхождении психических уклонений играют также хронические инфекции, или непосредственно поражающие мозг, или, вследствие связанного с ними истощения организма, понижающие сопротивляемость его вредным влияниям. Без сомнения, первое место среди хронических инфекций принадлежит сифилису как в силу того, что он является сравнительно рас-

пространенным, так и в силу того, что он особенно резко поражает нервную систему. Роль туберкулеза в этиологии психических уклонений менее выявлена, и всего скорее можно думать, что, истощая организм, туберкулез играет лишь роль предрасполагающего момента.

На ряду с инфекциями весьма важное значение в этиологии психических уклонений принадлежит также и интоксикациям (отравлениям), среди которых особенно часто встречается алкоголизм. Алкоголь действует как на нервную систему (прекрасный растворитель жировых и жироподобных веществ, из которых преимущественно состоят элементы нервной системы), так и на весь организм в целом (в особенности на сосудисто-сердечную систему, железистые органы). В одних случаях алкоголизм является непосредственной причиной заболевания, в других случаях, ослабляя организм, он играет роль предрасполагающего фактора. В детской практике приходится считаться как с алкоголизмом родителей, так и самих ребят. В первом случае в связи с алкоголизмом очень часто наблюдается повреждение зачатка, в результате чего рождаются психически неполноценные дети (олигофрены, эпилептики, психопаты и пр.) или физически ослабленные, предрасположенные к различным заболеваниям. Во втором случае (алкоголизм детей) нередко наблюдается задержка умственного и физического развития, склонность к судорожным припадкам, повышенная ранимость, неустойчивость организма к инфекционным заболеваниям, алкогольные психозы. На других интоксикациях (кокаинизм, морфинизм и др.) мы здесь не останавливаемся, так как по сравнению с алкоголизмом они менее распространены, а картина психических изменений при них в общих чертах сходна с только что описанной.

К экзогенным факторам относятся также физические травмы, или грубо нарушающие целостность вещества мозга, или производящие малые, едва заметные повреждения (например незначительные, многочисленные кровоизлияния в мозговое вещество при сотрясении мозга). В зависимости от силы травмы, величины нанесенного повреждения психические уклонения могут быть или временными, или более стойкими. В последнем случае нередко отмечаются очаговые расстройства, судорожные припадки, стойкое слабоумие и т. д. Иногда связь психических уклонений с травмой бывает не столь очевидна, так как психические явления развиваются некоторое время спустя после нанесенного повреждения. Это чаще всего бывает в случаях судорожных припадков, обязанных своим происхождением рубцовым изменениям, образовавшимся после бывшего кровоизлияния в мозг. В отдельных случаях травма может спровоцировать какое-либо другое заболевание (например случай возникновения приступа маниакально-депрессивного психоза после травмы головы). Детям травматические повреждения мозга чаще всего наносятся во время родов (узкий таз, наложение щипцов, длительная асфиксия и т. д.); в первые годы жизни ребенка (особенно у детей психопатов, невропатов) иногда незначительная травма черепа сопровождается (чаще однократными, реже многократными) судорожными припадками.

Таковую же роль, как травма, играют опухоли мозга, которые в

зависимости от локализации сопровождаются теми или иными мозговыми явлениями.

Роль истощения и пере утомления в происхождении психических уклонений расценивается разными авторами неодинаково. На истощение большинство авторов смотрит как на предрасполагающий момент и лишь в немногих случаях как на производящий. Что касается переутомления, то ему отводится сравнительно скромная роль. По этому поводу Блейлер говорит, что «общий упадок сил не есть невроз». Не столько переутомление играет роль в происхождении психических уклонений, сколько аффективные трудности, отрицательная эмоциональная установка, о чем мы будем подробно говорить при описании неврастений и псевдоневрастений.

Психические факторы. Психические причины являются «самыми важными и богатыми источниками сумасшествия, как потому, что они готовят, так и, главным образом, потому, что они непосредственно вызывают заболевания» (Гризингер). Таков был взгляд во второй половине XIX в. на роль психических факторов в этиологии душевных болезней. Этот взгляд до известной степени в широких слоях публики удержался и до настоящего времени. Неспециалисты склонны почти всякое душевное заболевание объяснять психическими моментами, в то время как специалисты резко ограничивают роль психических факторов в этиологии душевных болезней. Без сомнения, в отдельных случаях (преимущественно реактивные состояния, характерологические уклонения) психическая травма является непосредственной причиной заболевания, в других же случаях (и притом значительно чаще) этот фактор играет больше роль предрасполагающего или провоцирующего момента. К числу таких наиболее часто встречающихся психических травм относятся сильное горе, резкий испуг, страх, ужас и другие тяжелые эмоциональные переживания, действующие на психику или внезапно, или исподволь. В одних случаях заболевание наступает непосредственно вслед за тяжелым, отрицательно окрашенным, эмоциональным переживанием, в других случаях — спустя некоторый промежуток, чаще после повторного или длительного воздействия. К числу факторов, вызывающих те или иные психические расстройства, принадлежит так называемая психическая инфекция (зараза). Психическая инфекция развивается у легко внушаемых субъектов под влиянием подражания, словесного воздействия, воспринятого без критики (например мигание, икота, рвота, безудержный смех, заикание и т. д.). Иногда психическая зараза принимает характер эпидемии, когда она захватывает большое количество лиц (эпидемия кликушества и пр.).

В детском возрасте, когда эмоциональная сфера особенно чувствительна и живо реагирует на различные внешние моменты, роль психической травмы приобретает сравнительно большее значение, чем у взрослых. Правда, у детей приходится считаться с меньшей глубиной переживаний, с физиологическим тяготением их к положительно окрашенным эмоциональным переживаниям, в силу чего, по сравнению со взрослыми, реакция их менее интенсивна, более кратковременна. У детей в качестве травмирующих психику моментов нередко встречаются несоответствующие возрасту по силе и содер-

жанию различные впечатления, грубые окрики, угрозы наказания предъявляемые непосильные требования, запугивания, страшные рассказы и многое другое. Особенно следует подчеркнуть значение в детском возрасте сексуальных травм, что так тонко подмечено Фрейдом, который однако толкует их слишком расширенно и резко переоценивает их значение.

Оценивая роль психических факторов, все же следует иметь в виду, что возникающие под их влиянием психические уклонения чаще всего имеют место при наличии патологической конституции.

Эндогенные факторы. Наследственность. Из эндогенных факторов на первом месте стоит наследственное предрасположение. В учении о наследственности можно отметить два направления, связанных с именами Мореля и Менделя. Первое направление имеет своим источником учение Мореля о вырождении (дегенерации): «первое поколение — нервный темперамент, нравственная несостоятельность, излишества; второе поколение — склонность к инсультам, тяжелый невроз, алкоголизм; третье поколение — психические расстройства, самоубийства, умственная несостоятельность; четвертое поколение — идиотизм, уродства и, наконец, бездетность и гибель рода». Исходя из этого учения Мореля, в наследственности больных отыскивались те или иные отягощающие моменты, после чего методом массовой статистики вычислялся процент наследственного отягощения при различных заболеваниях. В зависимости от того, что авторы считали наследственным отягощением (одни принимали в расчет только нервные и душевные болезни; другие присоединяли сюда алкоголизм, дефекты развития, уродства; третьи — самоубийства, антисоциальные проступки и пр.) процент наследственного отягощения колебался у различных авторов от 5 до 95. Крепелин еще в 1883 г. указывал на недостаточность подобного изучения наследственности и настаивал на необходимости сопоставления данных наследственности у больных и здоровых. Работы Дима и Коллера (Diem, Koller) резко подчеркнули несостоятельность данных массовой статистики, указав на то, что наследственное отягощение, в понимании последователей Мореля, встречается у душевнобольных в 78,2%, у душевноздоровых — в 66,9%. Подавляющее большинство современных авторов невысоко ставит подобные статистические данные наследственного отягощения и придерживается в учении о наследственности принципов Менделя.

Человек в том виде, в каком мы его наблюдаем (фенотип), является сложным производным свойств, полученных им по наследству через зародышевую плазму (идиотипические свойства) и свойств приобретенных (паратипические). Идиотипические свойства заключаются в наследственной массе (идиоплазме) и передаются из поколения в поколение, сохраняя особенности данного вида, т. е. они обладают известной стойкостью, но все же могут изменяться. Эти изменения называются идиовариациями или мутациями. Теория автогенеза, противоречащая принципам развития и взаимного воздействия организма и среды («действуя на природу, человек изменяет собственную природу» — Маркс), совершенно неправильно утверждает неизменность идиотипических свойств ни при

каких условиях. Паратипические свойства с наследственной массой не связаны, поэтому они не стойки, изменчивы; возникающие новые модификации (так называются изменения паратипических свойств) обыкновенно, не передаваясь по наследству, исчезают вместе с субъектом. Это мнение некоторыми учеными (так называемыми неоламаркистами) оспаривается. Они доказывают, что идио-плазма весьма быстро изменяется под влиянием окружающих условий, среды, упражняемости органов и т. д., в результате чего по их мнению получается возможность наследования также и приобретенных признаков. Эта точка зрения является неправильной, так как она идет в разрез с фактическими данными, подтверждающими медленную изменяемость идиотипических свойств; кроме того, приобретенные признаки не могут изменить содержащуюся в половых клетках наследственную плазму, которая, являясь от них независимой, передает по наследству лишь содержащиеся в ней свойства, а не приобретенные признаки (Вейсман — Weissmann). Идеи неоламаркизма советскими учеными расцениваются как метафизические, механистические, и правильной точкой зрения считается та, которая говорит о сравнительной стойкости идиотипических свойств, но все же об их изменчивости, в силу чего так или иначе изменяема и сама наследственность.

Когда речь идет о структуре человеческой личности и ее изменчивости, часто забывают о том, что средовые факторы, воздействующие на человека, резко отличаются от факторов, воздействующих на животных, растения. С другой стороны, и воздействие человека на природу в сравнении с животными, растениями также весьма различно (жизнь в коллективе, орудия производства и пр.). Поэтому совершенно неправильно в вопросах наследственности проводить аналогию между человеком и животными; в отношении людей мы имеем совершенно другой темп (более быстрый) изменчивости, изучение которого началось сравнительно недавно, а потому переносить безоговорочно законы наследования Менделя на человека во многом преждевременно. Для иллюстрации к сказанному интересно сравнить 16 лет, протекших после революции, и учесть их влияние на переделку человеческой природы и влияние тех же 16 лет на растительный, животный мир. Никто всерьез таким сравнением заниматься не будет, так как слишком очевидно различие этих влияний.

Только с указанными оговорками и можно принимать учение Менделя о наследственности, которое покоится на том принципе, что в основе каждого отдельного свойства организма лежит соответствующий материальный, наследственный задаток — ген, заключающийся в идио-плазме (в хромосомах). Если гены обоих производителей (отца и матери) одинаковы (гомозиготы), то происходит простая передача данного свойства, признака; если они различны (гетерозиготы), то у потомства получается или смешанный признак, или же один ген (доминантный) получает преимущество, перевес над другим (рецессивный). Таким образом, согласно закону наследственности, потомству передаются идиотипические свойства родителей. В применении к психическим заболеваниям говорят, например, о схизоидном гене, циклоидном и т. д.

Законы наследственности по Менделю изучены у человека срав-

нительно мало, а потому в толковании наследственной передачи различных заболеваний у отдельных авторов нередко встречаются значительные расхождения друг с другом. Большинство современных ученых склонно смотреть на наследственную передачу не самой болезни, а лишь известного к ней предрасположения, причем для обнаружения болезни решительную роль играют социальные и экзогенные факторы. Для изучения наследственности у человека, для выяснения первоначального гена подробно изучается родословная больного, в силу чего прежний статистический подсчет отступает на задний план, а его место занимают генеалогические таблицы — «родословные деревья» — систематический перечень и описание особенностей всех лиц, имеющих общее происхождение (лица одного рода). В дальнейшем, при описании отдельных форм психических заболеваний мы будем говорить о роли при них наследственного отягощения, сейчас же, несколько обобщая, должны сказать, что по сравнению с прошлым, когда наследственность резко переоценивалась, в настоящем ей отводится более скромная роль, и акцент в этиологии психических уклонений ставится больше на социальные и экзогенные факторы.

В близкой связи с вопросами наследственности стоит понятие о конституции (от *constitutio* — состояние, сложение, свойство) человека: индивидуальные свойства и особенности, более или менее интенсивно и длительно влияющие на сопротивляемость организма, на его способность к реакциям на различные воздействия. Одни авторы, что является совершенно неправильным, рассматривают конституцию только как совокупность свойств, передаваемых по наследству (идиотип) и при этом не изменяемых («конституция — фатум субъекта». Т а н д л е р). Другие авторы отождествляют конституцию с фенотипом, что также является мало приемлемым, так как сюда присоединяются нестойкие, изменчивые, малохарактерные признаки. Мы будем придерживаться определения конституции, данного нами выше, считая, что, поскольку конституция в известной степени определяется наследственными задатками, в отношении ее изменчивости полностью сохраняют свою силу ранее высказанные нами положения об изменчивости идиотипических свойств человека.

В р о ж д е н н о е п р е д р а с п о л о ж е н и е. Когда паратипические свойства развиваются во время внутриутробной жизни, то тогда они называются врожденными, а не наследственными, как их иногда неправильно называют. Например, сифилис будет только врожденным (конгенитальным), а не наследственным, так как он в идиоплазме не содержится, а поражает зачаток или плод. Врожденное предрасположение обуславливается повреждением зачатка (*Keimschädigung*) или плода самыми разнообразными вредными факторами. Сравнительно часто приходится встречаться с сифилисом и алкоголизмом родителей; следует особенно предостерегать от опьянения в момент зачатия, случающегося иногда и у мало пьющих родителей. В результате повреждения зачатка или плода ребенок рождается хилым, нежизнеспособным; отмечаются также различные неправильности, задержки в его развитии (наиболее часто олигофрения), повышенная склонность ко всевозможным заболеваниям.

П р и о б р е т е н н ы м п р е д р а с п о л о ж е н и е м назы-

вается такое состояние организма, которое получается в результате перенесенных в течение жизни различных заболеваний, повреждений, отравлений и т. д. Эти факторы, изменяя реакцию организма на внешние раздражения, повышают (например иногда после перенесенной инфекции организм соматически и психически как бы обновляется), чаще же понижают его сопротивляемость различным вредным влияниям.

Накопление в течение ряда поколений болезненных наследственных признаков приводит к *вырождению* (дегенерации), сказывающейся на всех членах данного рода (у одних более резко, у других менее значительно). Обыкновенно дегенерация выражается в физической и психической неполноценности, уродствах, извращении влечений и пр. Наиболее часто вырождение встречается в тех случаях, где представители различных семей, вступающие в брак, являются наследственно резко отягощенными. Особенно благоприятные условия для вырождения получаются при браках патологически отягощенных кровных родственников. На ряду с вырождением существует и биологическая тенденция к восстановлению (регенерации).

В о з р а с т, п о л и н а ц и о н а л ь н о с т ь. *Возраст* в известном смысле рассматривается как фактор, предрасполагающий к заболеваниям. Наибольшая смертность детей отмечается в течение первых лет жизни ребенка: по статистике различных стран, в возрасте до пяти лет погибает от $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{2}$ всех детей. На ряду с врожденной слабостью и пороками развития наиболее частой причиной смерти являются инфекционные заболевания (корь, скарлатина, дифтерит и пр.). Частота инфекций в детском возрасте при повышенной ранимости, несформировавшейся нервной системе, неустойчивости вегетативно-эндокринного аппарата подготавливает почву или является непосредственной причиной нервно-психических уклонений. Наиболее часто в этом возрасте констатируется олигофрения. Ранний детский возраст в связи с неустойчивостью эмоциональной сферы более склонен к различным невротическим реакциям (ночные и другие страхи, заикание и пр.). Возрастные кризисы развития ребенка (преддошкольный возраст, конец дошкольного возраста, пубертатный возраст), связанные с биологическими особенностями и сменой внешних влияний, обусловленных новыми требованиями, предъявляемыми ребенку соответственно его возрасту, создают известную предуготованность к нервно-психическим уклонениям. На ряду с повышенной психической ранимостью детский возраст имеет и свои положительные стороны, сказывающиеся в большой пластичности нервной системы, в большой способности организма к компенсации нанесенного ущерба.

П о л. Социальные и экзогенные факторы для мальчиков и девочек до известной степени не одинаковы. У мальчиков чаще приходится встречаться с беспризорностью, безнадзорностью, в связи с чем с более ранним выходом в жизнь и самостоятельным существованием, иногда с ранним началом наркотизма (алкоголь, курение), а также половой жизнью. У мальчиков также отмечается большая подверженность, в связи с их свободным времяпрепровождением (игры, развлечения, спорт, охота и пр.), физическим травмам и т. д. Из-

вестное различие в физической организации (в частности эндокринного аппарата) в свою очередь оказывает некоторое влияние на преобладание тех или иных форм заболевания у различных полов. Например девочки из-за повышенной эмотивности несколько более склонны к реактивным состояниям. В специальной части мы будем более подробно говорить о частоте различных заболеваний у мальчиков и девочек. Сейчас же, лишь обобщая сказанное, подчеркнем, что причины отличий в заболеваемости мальчиков и девочек в основном обуславливаются моментами социального происхождения: условиями быта, воспитания и т. д., а не эндогенными факторами.

Национальность. Относительно национальности следует заметить, что этот фактор тесно переплетается с социальными условиями, с влиянием климата, с целым рядом других экзогенных моментов, а потому трудно выделить в чистом виде его влияние на психические отклонения. Все же некоторые авторы допускают, что одинаковые условия, действовавшие на расу в течение длительного времени, могли выработать известный тип реакции и склонность к определенным заболеваниям. Но каков этот тип реакции, какова склонность к заболеваниям — неизвестно, в силу чего это положение еще нуждается в дальнейшей проверке. Во всяком случае следует признать, что до настоящего времени вопрос о национальности не может считаться разрешенным и нуждается в тщательном пересмотре, так как старыми авторами при решении этого вопроса игнорировалась классовая принадлежность, культурно-бытовые условия, производственные отношения и многое другое.

Аутоинтоксикации и болезни внутренних органов одними авторами относятся к экзогенным факторам, другими — к промежуточным между экзогенными и эндогенными факторами, так как заболевание органов по отношению ко всему организму является внутренним фактором, по отношению же к мозгу — фактором внешним. Из этих факторов наибольшую роль в детском возрасте играют болезни обмена веществ (в частности, рахит), а также расстройства эндокринного аппарата. Рахит, чаще всего начинающийся на 3—6 месяце жизни ребенка и крайне редко после 3—4 лет, является весьма распространенным среди детей заболеванием: процент заболевания рахитом по данным отдельных современных русских исследователей колеблется от 46 до 89,5, что указывает на неодинаковый критерий в оценке симптомов этого заболевания. Рахит является не только заболеванием, поражающим костно-хрящевую систему, но производящим изменения и расстройства в целом ряде других систем. В легких случаях отклонения со стороны нервно-психической сферы сказываются в пугливости, подавленном настроении, раздражительности, капризности, плохом сне (иногда упорная бессонница). В ряде случаев, в связи с запаздыванием времени начала ходьбы, речи, ребенок, лишенный из-за этого общения с детским коллективом, задерживается в умственном развитии, педагогически запущается. Иногда рахит вызывает более стойкую задержку умственного развития, вплоть до тяжелых степеней олигофрении (имбецильность, идиотия). В тяжелых случаях отмечается гипертрофия мозгового вещества, водянка головного мозга. Наблюдаемые иногда своеобразные изменения при рахите

Г у л ь д ш и н с к и й

(Huldschinsky) объединяет в понятии рахитического слабоумия (*dementia rachitica*), характеризующегося наличием некоторых схи-зофренических симптомов (преимущественно кататонические явле-ния), психомоторным беспокойством, слабоумием. Нередко с рахи-том сочетается спазмофилия.

В связи с нарушением функции желез внутренней секреции (эндо-кринного аппарата) иногда наблюдаются аутоинтоксикации — самоот-равление организма скопившимися в нем продуктами обмена веществ. Деятельность желез внутренней секреции до некоторой степени опре-деляет особенности психического склада (подвижность, жизнерадост-ность, вялость, заторможенность и т. д.). С аутоинтоксикацией прихо-дится встречаться у детей также при заболевании желудочно-кишеч-ного тракта; при этих заболеваниях обыкновенно конституционально неполноценные дети реагируют иногда судорожными припадками. Длительные кишечные заболевания в отдельных случаях приводят к задержке умственного развития, чаще не прямым путем интокси-кации, а косвенным: изменяются условия жизни ребенка, нередко вынужденная изоляция от окружающего, чем создается подходя-щая почва для педагогической запущенности. Явления интоксика-ции могут быть также иногда обусловлены наличием кишечных паразитов: по данным Б р и н д а (Brinda), В е й н б е р г а и др. аскариды обладают известной ядовитостью, могущей вызвать су-дорожные припадки, и действующей гемолитически (способность растворять или повреждать красные кровяные шарики), в резуль-тате чего образуется малокровие. Известную роль могут играть также острицы, являющиеся иногда (чаще у девочек) причиной упор-ного онанизма.

Расстройства со стороны носоглотки (в особенности аденоиды и гипертрофия миндалин) иногда могут быть причиной психических уклонений. Головные боли, нарушения сна, рассеянное внимание, быстрая утомляемость, апатичность, вялость, — связанные с рас-стройством дыхания, вследствие наличия аденоидов и лимфатического или эксудативного диатеза (предрасположения), — могут в неко-торых случаях быть причиной задержки интеллектуального раз-вития (*argosia nasalis* старых авторов — неспособность к сосре-доточению внимания из-за заболевания носа). В ряде случаев из-за затрудненного дыхания речь становится несколько прерывистой, приобретает гнусавый оттенок, иногда к этому присоединяются шепелявость, заикание и пр. В отдельных случаях, вследствие закрытия входа в Евстахиеву трубу, задержки секрета и хрони-ческого катарра среднего уха понижается слух; тугоухость, зави-сящая и от других факторов, может быть причиной психических уклонений (подозрительность, недоверчивость, замкнутость, бояз-ливость и т. д.).

На других заболеваниях внутренних органов мы не останавли-ваемся, так как, по сравнению со взрослыми, у детей при этих за-болеваниях психические уклонения встречаются несколько реже. В частности это относится к заболеваниям сердца, при которых срав-нительно не часто отмечаются раздражительность, боязливость, при-ступы страха и т. д. Психические уклонения, зависящие от сомати-ческих (телесных) заболеваний, называются симптоматическими,

чем подчеркивается, что они являются не основным страданием, а лишь реакцией на соматическое заболевание. Не следует забывать, что в свою очередь психогенные заболевания могут вызывать соматические расстройства, а также идти параллельно с ними.

В заключение мы должны еще раз напомнить об известной условности подразделения факторов на экзогенные и эндогенные.

III. СИМПТОМАТОЛОГИЯ.

Соматическая симптоматология.

Соматические (телесные) заболевания и аномалии являются нередко хорошим подспорьем при распознавании психических уклонений. Старые авторы придавали большое значение так называемым *признакам дегенерации*; в настоящее время роль этих признаков значительно ограничена и только тогда, когда имеется их совокупность, они приобретают вспомогательное значение для диагноза. К признакам дегенерации относятся: асимметрия черепа, неравномерное развитие обеих половин лица, резко выдающаяся вперед нижняя челюсть (прогнатизм), неправильная форма ушей (оттопыренные уши, мясистые приросшие мочки, отсутствие их, раздвоение и т. д.), изменения со стороны глаз (асимметричное расположение орбит, неодинаковый их размер, различный цвет радужных оболочек, неправильное положение зрачков и т. д.), неправильная расстановка и форма зубов (расположение в два или три ряда, широкие промежутки между зубами и пр.), изменения формы твердого неба, расщепления его (обыкновенно вместе с заячьей губой), уклонения со стороны носа (недоразвитие, искривление), языка и его уздечки, мягкого неба, различные аномалии в строении конечностей (шестипалость, отсутствие пальцев, сращение их между собой), половых органов и т. д. Некоторые из этих признаков, причисляемые раньше к дегенеративным, не стоят с ними ни в какой связи, а нередко обусловлены внутриутробными изменениями или вредностями, действовавшими в первые годы жизни ребенка. Часть этих признаков в известной степени зависит от неправильной функции желез внутренней секреции.

Строение тела. При соматическом изучении важно обращать внимание не только на отдельные признаки, но и на *общее строение тела*, на его пропорции. Общепринятой классификации типов строения тела нет, наибольшим распространением пользуются классификации *Кречмера* (Kretschmer) и *Сиго* (Sigaud). *Кречмер* различает следующие типы: пикнический, лептосомный, атлетический и диспластические. *Пикнический тип* характеризуется развитием трех полостей (большая голова, грудь и живот), склонностью (в зрелом возрасте) к отложению жира, в особенности на животе, при сохранении стройности строения рук и ног. Фигура пикника коренастая, мягкое широкое лицо, короткая шея, кисти — мягкие, короткие, широкие. У *лептосомного типа* длиннотные размеры преобладают над широтными: длинное узкое лицо, вытянутая грудная клетка, узкий плечевой пояс, длинная шея и конечности, тонкие, узкие кисти с длинными пальцами. Небольшая голова

напоминает укороченное яйцо, маленькая, недоразвитая нижняя челюсть, резко выступающий нос (угловой профиль, профиль длинного носа). В тех случаях, когда все перечисленные типические черты лептосома особенно резко выражены, говорят об *астеническом типе*. *Атлетический тип* имеет широкие плечи, хорошо развитую грудную клетку, крупные кисти и стопы; довольно резко выражен рельеф мускулатуры. Вейсенфельд (Weissenfeld) делит атлетов на три подгруппы: мягко-атлетические, широко-атлетические и высоко-атлетические. Мягко-атлетических иногда путают с пикниками, от которых они отличаются более грубым рельефом мускулатуры, сухими, а не мягкими кистями, меньшим развитием живота. Про широко-атлетических, являющихся коренастыми, ширококостными крепышами, можно сказать, что они «неладно скроены, но крепко сшиты». Высоко-атлетические, сохраняя все перечисленные особенности типа, характеризуются высоким ростом. К *диспластическим типам* относятся евнухоиды: преобладание нижней половины тела над верхней, асексуальная (невыраженная в отношении пола) форма таза, слабо развитый волосистый покров и пр. Диспластическое строение, когда у мужчины преобладают черты женского строения (высокий таз, нежная кожа, сглаженный рельеф мускулатуры и пр.) носит название феминизма; обратные явления у женщин — маскулинизм. Сиго различает следующие четыре основных типа: дыхательный (респираторный), пищеварительный (дигестивный), мускулярный и мозговой (церебральный). *Дыхательный тип* характеризуется особенно длинной грудной клеткой, низким стоянием ребер, относительно малыми размерами живота, длинной шеей, увеличением частей черепа и лица, служащих для дыхания. В основном этот тип совпадает с астеническим типом Кречмера. У *пищеварительного типа* нижняя треть лица развита более сильно (большой рот с несколько выдающейся, хорошо развитой нижней челюстью, сравнительно маленькие глаза; шея короткая, широкая, несколько укороченная, грудная клетка; живот слегка выпячен, с наклонностью к ожирению. Этот тип также более или менее совпадает с пикническим типом Кречмера. *Мускулярный тип* мы не будем описывать, так как он в значительной степени повторяет собой уже описанный атлетический тип Кречмера. У *церебрального типа* бросается в глаза несоответствие между нежной, тонкой фигурой и большим черепом; сильно развита лобная часть лица; конечности короткие, особенно малы ноги. Кроме этих основных типов, Сиго и Мак-Олиф (Mac Auliffe) выделяют две группы неправильных типов: круглый тип (*t. rond*) и плоский (*t. plat*). Гуревич выделяет *инфантильно-грацильный тип*, характеризующийся малыми детскими размерами, грацильностью моторики и гармоничностью отдельных частей, небольшими размерами головы; черты лица мягкие, правильные, эластичная нежная кожа, сглаженные контуры мышц.

Кречмер устанавливает известную связь (афинность) между строением тела и характером. Например, пикническому типу соответствуют циклоидный, циклотимный характер, астеническому и лептосомному — схизоидный, схизотимный характер. Это положение Кречмера необходимо принимать с очень большой осторожностью, учитывая относительность и изменчивость этой связи, ее

преимущественную зависимость не от конституциональных свойств, а от целого ряда социальных и экзогенных факторов. При исследовании (строение тела) поэтому необходимо учитывать этот признак (*Körperbau* — сительный, а не считать его, как, к сожалению, иногда случается, решающим в постановке диагноза: уж если пикник, то непременно циклоид. Необходимо также иметь в виду, что выделяемые Кречмером типы телосложения в детском возрасте сравнительно трудно различимы. Учение Кречмера о строении тела и характера дополнено русскими авторами (Гуревич, Озерский, Осипова, Сухарева и др.), устанавливающими известную афинность телосложения, характера и психомоторики. В оценке этих данных необходима такая же осторожность, какая нами только что рекомендована в отношении данных Кречмера.

Строение тела определяется как путем антропометрических измерений: рост, вес, окружность груди, измерений черепа, конечностей и пр. (соматометрия), так и путем подробного описания этих признаков (соматоскопия).

Неврологические расстройства. Особенно большое значение при диагнозе психических уклонений имеют *неврологические расстройства*, из которых здесь мы отметим лишь наиболее важные.

Исследование *сухожильных* рефлексов можно уподобить своеобразному заглядыванию в смотровые колодцы водопровода при определении места его порчи. Водопроводная сеть имеет через известные промежутки колодцы; когда водопровод испорчен, то, заглядывая по очереди в колодцы, не трудно определить, в каком месте произошел перерыв, порча, так как вода перестает поступать в колодцы, лежащие ниже места порчи. При исследовании сухожильных рефлексов так же, как и при помощи смотровых колодцев, определяют целостность двигательного пути, так как каждый рефлекс имеет отношение к определенному участку спинного мозга. Например рефлекс двухглавой мышцы проходит через 5-й и 6-й шейные сегменты, трехглавый — через 6-й и 7-й шейные сегменты и т. д.

Кожные рефлекс (брюшные, cremaster'a, подошвенные) играют такую же роль смотровых колодцев, как и сухожильные. У младенцев брюшные рефлекс в норме отсутствуют; при дряблом, отвислом животе брюшные рефлекс, без всякого указания на патологию, являются пониженными. При поражении пирамидного пути брюшные рефлекс в противоположность сухожильным не повышаются, а понижаются.

Рефлексам со слизистых оболочек (конъюнктивальный — смыкание век при дотрогивании до слизистой оболочки века; глоточные — рвотные и кашлевые движения при раздражении задней стенки глотки) придавалось раньше большое значение при диагнозе истерии. В настоящее время установлено, что эти рефлекс могут быть усилены у нормальных детей, боящихся исследования, с другой стороны, они могут быть также понижены без всяких указаний на патологию. Все же резкое повышение или понижение рефлекс со слизистых оболочек встречается чаще при неврозах, психопатиях и пр.

Исследование *патологических рефлекс* важно в том отношении, что при помощи их можно определить органическую или функциональную природу заболевания нервной системы, так как они встречаются только при органических поражениях. Наибольшее значение для диагноза имеет рефлекс *Бабинского*: при раздражении подошвы разгибается большой палец, в то время как четыре остальных слегка сгибаются. Наличие этого рефлекса указывает на поражение пирамидного пути выше 5 поясничного сегмента. В норме симптом Бабинского встречается у детей до года, что стоит в связи с еще недоразвившимся у них корковым пирамидным путем. На поражение пирамидного пути указывают также рефлекс *Менделя—Бехтерева*, *Россолимо*, *Оппенгейма*.

Расстройство *двигательных функций* наблюдается в виде параличей (полная утрата функции), парезов (ограничение функции), гиперкинезов (дрожание, хорееформные движения, атетоз и т. д.). Параличи разделяются на центральные и периферические. При центральном параличе питание мышц не

нарушено, тонус мышц повышен (спастический, тугой паралич), сухожильные рефлекс также повышены, имеются патологические рефлекс (Бабинский, Оппенгейм, Россоломо и др.). При периферических параличах питание мышц нарушено (атрофия мышц), тонус их понижен (вялый паралич, гипотония), сухожильные рефлекс понижены или отсутствуют, патологических рефлекс не наблюдается.

Различные виды *чувствительности* подразделяются на поверхностную чувствительность (экстероцептивная) и глубокую чувствительность (проприоцептивная чувствительность, от *proprius* — собственный). Экстероцептивная чувствительность — это так называемые органы чувств, их иногда обозначают термином дистансцепторы, так как они предназначены для восприятия раздражения на расстоянии; восприятие раздражения при непосредственном соприкосновении внешнего предмета с поверхностью тела (контактсцепторы) может быть при болевых, осязательных, температурных раздражениях, отсюда и название чувствительности: болевая, температурная и т. д. Проприоцептивная чувствительность — раздражения, возникающие в мышцах, суставных поверхностях, сухожилиях, надкостнице, костях. Наиболее важное значение в клинической практике имеет чувствительность мышц и суставов («мышечное и суставное чувство»), благодаря которой происходит правильная регуляция (координация) движений. Для функции равновесия тела имеется специальный орган проприоцептивной чувствительности — вестибулярный аппарат. Расстройства чувствительности могут проявляться в виде понижения или потери ощущений (гипестезия, анестезия), или же в виде повышения их (гиперестезия). Ненормальные ощущения, при которых нет видимого внешнего раздражителя, называются парестезиями (например ощущение «ползания мурашек», «песок под кожей» и т. п.). Наиболее частым симптомом расстройства экстероцептивной чувствительности являются всевозможные боли, подразделяемые на произвольные боли, когда они возникают без видимой причины, и боли, вызываемые каким-нибудь внешним воздействием. При распознавании болей имеют значение их локализация, характер, течение.

Из органов чувств (дистансцепторы) наибольшее значение в диагнозе психических уклонений имеют различные *глазные симптомы*. При параличе или парезе глазных мышц наблюдается косоглазие, двоение в глазах, опущение верхнего века и т. д. Крайне важным для диагностики заболеваний головного мозга является исследование глазного дна: застойный сосок, невриты, атрофия зрительного нерва, наиболее часто наблюдаемые при опухолях мозга, прогрессивном параличе, сифилисе мозга и др. заболеваниях. Не меньшее диагностическое значение имеет величина зрачков, их форма. Узкие зрачки (миоз), наблюдаемые в норме при сильном освещении, глубоком сне, наркозе и т. д., обыкновенно, как патологический симптом, наблюдаются при отравлениях табаком, морфием, сухотке спинного мозга. Широкие зрачки (мидриаз), встречающиеся как нормальное явление при сильных аффективных переживаниях, слабом освещении, сравнительно нередко наблюдаются у невротиков, психопатов. Известное значение при распознавании имеет явление со стороны зрачков, носящее название «зрачкового беспокойства», «игры зрачков»: зрачки постоянно то расширяются, то суживаются. Подобная «игра зрачков» свойственна норме, отсутствие ее свидетельствует о расстройствах аффекта и является до известной степени признаком, наблюдаемым при шизофрении. При шизофрении вначале пропадает «игра зрачков», после чего исчезают изменения зрачков под влиянием психических факторов, и, наконец, пропадает реакция зрачков на болевые раздражения (Бумке). По данным различных авторов, частота этого симптома при шизофрении колеблется в широких пределах от 15 до 92%. Неравенство зрачков (анизокория), встречающееся в норме при неравномерном освещении обоих глаз, может быть также и врожденным или наблюдаться у невротиков, психопатов, особенно же часто при сифилисе нервной системы. Неправильная форма зрачков (удлиненные, зазубренные по краям, грушевидные и т. д. зрачки) и их расположение (эксцентричность) могут быть как врожденными (один из симптомов дегенерации), так и приобретенными в результате органического заболевания нервной системы (обыкновенно сифилиса). Следует также отметить западение глазного яблока (*Enophthalmus*) — симптом, характерный для паралича симпатического нерва, и пучеглазие (*Exophthalmus*) — глазные яблоки более или менее сильно выдаются вперед из орбит, что, по видимому, происходит вследствие раздражения симпатического нерва. Почти патогномичным (т. е. свойственным только данным заболеваниям) для прогрессивного паралича и сухотки спинного мозга

является отсутствие или вялая реакция зрачков на свет при сохранности реакции зрачков на конвергенцию (симптом А р ж и л ь - Р о б е р т с о н а — Argill-Robertson). Абсолютная неподвижность зрачков (отсутствие реакции зрачков на свет и конвергенцию) наблюдается при сифилисе мозга, реже при прогрессивном параличе.

Крайне необходимым является определение у детей остроты зрения, так как целый ряд нервных и психическихклонений (головные боли, повышенная утомляемость, рассеянное внимание и пр.) могут зависеть от того, что из-за понижения зрения ребенку при занятиях, работе приходится сильно напрягаться. У маленьких, не говорящих детей для исследования зрения пользуются следующими приемами: 1) на расстоянии $1\frac{1}{2}$ — 2 м неподвижно ставят источник света; начиная с конца второй недели, ребенок должен уметь фиксировать источник света; 2) меняя местоположение источника света, следят за тем, поворачивает ли ребенок за ним голову, нет ли у него расстройств в координации глазных мышц (в норме расстройство координации может иметь место до 3 месяцев жизни). Наблюдают также за тем, правильно ли оценивает ребенок расстояние до находящихся в отдалении от него предметов, когда он тянется к ним, чтобы схватить.

Расстройства со стороны слуха обыкновенно сказываются в понижении, утрате слуха, реже в его повышении. При исследовании очень важен наружный осмотр уха (заросшие слуховых проходов, течь из ушей), а также специальное исследование. Обыкновенно восприятие звука начинается у ребенка с момента рождения (на 10 минуте после рождения), локализовать звук, поворачиваться к источнику звука большинство детей уже умеет с 3 месяцев. В амбулаторной практике исследование слуха производится при помощи различных раздражителей (хлопанье в ладоши, стук, звонок и т. д.), следят за реакцией ребенка: смыкание век при сильных раздражителях, поворачивание головы к источнику звука, испуг, плач и т. д.

Расстройство обоняния наблюдается в виде понижения, извращения. Полная утрата обоняния (anosmia), чаще же понижение его, наблюдается при заболеваниях слизистой оболочки носа; кроме того, этот симптом встречается при опухолях, сдавливающих обонятельный нерв, воспалительных процессах на основании передней черепной ямки, водянке головного мозга. Повышение обоняния (hyperosmia) встречается крайне редко; наблюдается оно при истерии, а также иногда в период беременности. Извращения обоняния (parosmia) нередко встречается у шизофреников, утверждающих, например, что пища издает скверный запах, запах серы и т. д.

Остановимся еще в нескольких словах на заболеваниях некоторых черепно-мозговых нервов. При заболеваниях тройничного нерва (параличе его) жевание на больной стороне затрудняется или делается совершенно невозможным. Очень часто заболевание тройничного нерва является причиной болевых ощущений в иннервируемой им области (невралгия). При параличе лицевого нерва на больной стороне сглаживаются морщины лба, носогубная складка, весь рот перетягивается в здоровую сторону; бровь на здоровой стороне поднята кверху. При попытке закрыть глаза здоровый глаз закрывается, больной глаз остается открытым, глазная щель зияет. Из явлений раздражения в области лицевого нерва наблюдаются тонические и клонические судороги; последние выражаются в виде подергиваний лицевых мышц, носящих характер гримас (тик). При выпадении двигательной порции блуждающего нерва наблюдается паралич мягкого неба, пищевода и голосовых связок. В результате паралича мягкого неба расстраивается акт глотания (поперхивания пищей, жидкая пища попадает в нос через носоглотку), голос больного приобретает носовой, гнусавый оттенок. Из явлений раздражений этого нерва серьезное значение имеют судороги голосовой щели (преимущественно наблюдаются у детей — спазмофиликов). При параличе добавочного нерва (n. accessorius) ослабляется поворот головы в сторону, голова наклонена набок. При раздражении нерва наблюдаются тиковые подергивания трапецевидной мышцы (подергивание плечом, пожимание плечами) и грудинно-ключично-сосковой (поворот головы в сторону, одновременно сокращение мышц на обеих сторонах дает кивательную судорогу). При параличе подъязычного нерва язык при высовывании отклоняется в больную сторону. Явления раздражения нерва сказываются подергиваниями, произвольными движениями (высовывание, облизывание губ и т. д., что наблюдается у детей при хорее).

Из расстройств специальных функций большое значение имеют разнообразные расстройства речи. Двигательной или моторной афа-

зией называют утрату произвольной речи при сохранности понимания чужой речи. Двигательный центр речи (центр Брока) помещается у правшей в левом полушарии, в заднем отделе третьей лобной извилины, у левшей он помещается также в третьей лобной извилине, но в правом полушарии. Сенсорной афазией называется потеря способности понимать чужую речь; в одних случаях при этом произвольная речь и письмо сохранены, в других случаях больной не понимает того, что он сам говорит и пишет, как не понимает и чужую речь. Сензорный центр (центр Вернике) помещается слева в первой височной извилине. В тех случаях, когда больной забывает некоторые слова, не может их произносить сам, без подсказывания, так как отдельные слова ускользают у него из памяти, говорят об амнестической афазии.

При некоторых заболеваниях (чаще при шизофрении) больные совершенно перестают говорить (мутизм). Употребление больным одного слова вместо другого (при достаточно развитой речи) называется парафазией. В случаях расстройств речи, при которых грамматически неправильно согласованы отдельные слова, говорят об аграмматизме. Нарушение произношения отдельных слов (дизартрия), спотыкание на слогах, скандирование имеет важное значение при распознавании, так как обыкновенно встречается при органических заболеваниях центральной нервной системы (в частности при прогрессивном параличе). Замедление темпа речи, ускорение его также может служить диагностическим признаком при различных психических отклонениях (маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия).

В педагогической практике большое значение имеют различные недостатки речи в виде шепелявости, картавости, сюсюканья, пришепетывания и т. д.¹ В известном проценте случаев недочеты речи ребенка бывают связаны с общей задержкой его психического развития, но сравнительно нередко они бывают обусловлены также недостатками в устройстве речевого аппарата (губы, язык, зубы, твердое и мягкое небо, носоглотка). Очень часто подобные недочеты речи бывают также в результате дефектов слуха (тугоухость в той или иной степени). Известную роль в задержке развития речи ребенка играют подражание, а также разговор с ним взрослых на его лепете. В первом случае дети с недостатками речи заражают иногда и детей правильно говорящих, перенимающих от сверстников их манеру произношения. Во втором случае чаще бывают повинны родители, когда они, подлаживаясь под лепет ребенка, содействуют закреплению в его речевом центре неправильных акустически-двигательных образцов (фонем). Нередко торопливая, бормочущая, невнятная, избыточная трудными для произношения словами речь взрослых вызывает у детей не только дефекты произношения, но также и заикание.

¹ Эта обычная терминология из-за своей неопределенности мало пригодна для целей распознавания и коррекции речи, а потому обыкновенно пользуются терминологией, предложенной Куссмаулем. *Ротацизм* — неправильное произношение или отсутствие звука «р». *Параротацизм* — замена звука «р» другими звуками. *Ламбдоцизм* — неправильное произношение или отсутствие звука «л». *Параламбдоцизм* — замена «л» другими звуками. *Сигматизм* — неправильное произношение звука «с» и близких к нему (з, ц, ч, ш, щ, ж). *Парасигматизм* — замена «с» другими звуками. *Гаммацизм* — неправильное произношение звуков «г, к, х» и т. д.

Само собой разумеется, что это не единственная причина заикания у детей. Заикание может быть вызвано сильным аффективным переживанием (испуг), подражанием, иногда отставанием речи от чрезвычайного наплыва мыслей — «речь не поспевает за мыслью» (Фрешельс). Без сомнения в происхождении заикания большую роль играют особенности характера ребенка (неуверенность в себе, робость, повышенная смущаемость и т. д.); в свою очередь, заикание (а также и другие дефекты речи) нередко порождает эти черты характера, если до этого они у него не отмечались. Попутно отметим, что характерологические особенности ребенка, страдающего речевой недостаточностью, да и самые дефекты его речи иногда являются причиной оценки его, как интеллектуально неполноценного. Это чаще бывает тогда, когда при испытании интеллекта по словесным (вербальным) тестам ребенок дает неудовлетворительные результаты.

Ко всему здесь сказанному необходимо еще добавить, что по наблюдениям многих авторов дефекты речи значительно чаще встречаются у левшей, чем у правшей. Так, например, левши нередко поздно и с трудом научаются говорить (Шефер, Капустин); форсированные попытки приучить левшу постоянно пользоваться правой рукой нередко влекут за собой появление заикания и косоглазия, которые сглаживаются, если прекратить эти попытки (Гордон, Фрешельс и др.). В связи с этим большинство авторов высказывается против переобучения левшей в правшей.¹ Распознаванию леворукости помимо расспроса и динамометрии может помочь также так называемое «зеркальное письмо», встречающееся у левшей в значительном проценте случаев (по Шеферу в 42%). Патогенез «зеркального письма» мало известен. Дежерин рассматривает «зеркальное письмо», как нормальный способ писания левой рукой. Все же большинство авторов склоняется к тому, что во время упражнения в письме правой руки происходит скрытое (латентное) соупражнение левой руки в зеркальном направлении и в то же время развитие в ней задержки для письма в обычном направлении. Во всяком случае у многих детей отмечается склонность к зеркальному письму, при этом у девочек чаще, чем у мальчиков; с возрастом эта склонность падает, утомление ее усиливает. Если «зеркальное письмо» держится долго (повторяем, что при начале обучения оно может встречаться у многих детей) и не прекращается после неоднократных попыток изменить его, оно указывает на левшество, или на интеллектуальное недоразвитие (нередки также в анамнезе указания на перенесенный менинго-энцефалит).

На ряду с «зеркальным письмом» у детей очень часто встречаются и другие недостатки письма и почерка. Сравнительно редко у детей, ранее умевших писать, приходится встречаться с полным расстройством этого умения (аграфия), значительно чаще на их письме сказываются недостатки речи, т. е. ребенок как произносит слова, так их и пишет. Также нередко при письме встречаются пропуски

¹ Кстати сказать, существует твердо установленное мнение, что стремление развивать у правшей обе руки до таких пределов, когда между ними исчезает различие (так называемая *ambidextria* — обе правые), является нецелесообразным, так как, развивая одновременно оба центра, можно вызвать торможение более сильного из них, находящегося в левом полушарии (Шефер, Грисбах, Штир. Люддекенс, Капустин и др.).

букв, недописание отдельных слов, перестановка букв и т. д. Это обыкновенно зависит от утомления, а также от легкой истощаемости внимания. (Последнее особенно часто встречается у детей невротиков, некоторых психопатов. Пропуск букв обыкновенно встречается также в письме больных прогрессивных паралитиков, которые, несмотря на указанную ошибку, никак не могут ее найти.) При некоторых заболеваниях (схизофрения) письмо становится вычурным, с завитушками, росчерками, прерывается символическими значками. Иногда перед началом припадка при эпилепсии бывает заметное дрожание руки при письме, в силу чего резко меняется почерк больного. Неряшливое письмо со множеством помарок, клякс, недописанных слов часто (если дело не идет о неприученном, плохо воспитанном ребенке) встречается при различных психопатиях; наоборот, буквы, пригнанные одна к другой, аккуратно выведенные, чистая, без помарок тетрадь нередко встречаются у психастеников, эпилептоидов, эпилептиков.

Устанавливаемые некоторыми авторами (Клагес, Жислин) особенности почерка в связи с конституцией (пикники — закругленные буквы, слитное письмо; астеники — разорванность, заостренность букв, их неравномерность и т. д.) на детском материале выявить крайне трудно, так как у ребенка неустановившийся почерк, и обыкновенно он дает медленную, часто с сильными нажимами, неритмическую кривую шрифта.

Нередко на ряду с расстройствами речи и письма у детей также отмечаются *нарушения чтения*, которые могут быть и вполне самостоятельными. Полное отсутствие способности к чтению (алексия) у детей, ранее умевших читать, встречается крайне редко. Обыкновенно у них приходится отмечать разнообразные дефекты чтения в виде замедления быстроты чтения, перестановки букв, неверного считывания слов, проглатывания слогов, неправильной расстановки ударений и т. д. Кирсте считает, что ошибки при чтении могут происходить: 1) из-за недостаточности узнавания и различения зрительных форм (букв), 2) из-за дефектов речи, 3) из-за «ошибок мысли», т. е. недостаточного понимания текста, а отсюда — ошибочные ассоциации. Ко всему этому следует добавить дефекты внимания, а также изменения эмоционального тонуса (в виде депрессивного или гипоманиакального настроения) и характерологические особенности ребенка (смущающиеся, застенчивые дети). Без сомнения сюда могут быть присоединены и еще многие другие причины, объясняющие не правильности чтения у детей, но и приведенных здесь вполне достаточно для того, чтобы рекомендовать осторожность при оценке затруднений в обучении чтению у детей. Затруднение обучения чтению у детей (а также письму и счету) представляет собой особый недостаток, как видно, не всегда идущий параллельно интеллектуальной недостаточности ребенка.¹ Лишь тогда, когда затруднение

¹ На затруднениях обучения счету у детей мы здесь специально не останавливаемся, так как многое из того, что было сказано в отношении чтения и письма, до известной степени приложимо и к счету. Следует лишь подчеркнуть, что полная неспособность к счету обыкновенно свидетельствует о психическом недоразвитии; с другой стороны, понижение этой способности может встречаться и как изолированный симптом без каких бы то ни было указаний на интеллектуальную недостаточность. Расстройства счета могут встре-

обучения чтению и счету встречается вместе, больше законных прав думать о психическом недоразвитии ребенка (олигофрении).

В связи со всем здесь сказанным становится ясным необходимость умения разбираться в симптомах расстройств и недоразвития речи, нарушения чтения и письма. С этой точки зрения особенно важным является определение запаздывания развития речи у ребенка. Опыта знавательными признаками может до известной степени служить то, что в 1 1/2 месяца наблюдается «гуление»; в 6 месяцев ребенок умеет улавливать интонацию чужой речи, к 9—10 месяцам — понимает отдельные простые слова; к году — полутора годам — произносит несложные предложения; словарь его в это время — до 30 слов.

Переходим к нарушениям *вегетативной нервной системы*, так как они часто встречаются при самых разнообразных психических заболеваниях. Подробнее об этих расстройствах мы будем говорить при описании отдельных форм заболеваний, сейчас же суммарно перечислим наиболее частые симптомы вегетативных расстройств: сужение и расширение зрачков, замедление и ускорение пульса, запоры, поносы, отсутствие аппетита, расстройство сна, потоотделение, слюноотделение, покраснение, побледнение и т. д.

На расстройствах внутренних органов, имеющих определенное значение в симптоматологии многих психических уклонений мы, чтобы не повторяться, останавливаться не будем, так как несколько выше говорили об этом подробно (см. аутоинтоксикацию и болезни внутренних органов).

Двигательная недостаточность. В заключение соматической симптоматологии остановимся в нескольких словах на *общей двигательной недостаточности*, систематическое изучение которой началось сравнительно недавно. Изучение моторики детей помогает как при постановке диагноза, так является необходимым в целях учета и проверки различных методов педагогического воздействия на двигательную сферу. Для исследования моторики нами предложены специальные тесты и выработана метрическая скала, позволяющая определять двигательное развитие ребенка в соответствии с возрастом. Различают следующие виды двигательной недостаточности. а) Двигательная недостаточность, моторный инфантилизм (Гомбургера), при котором наблюдаются у детей моторные проявления, свойственные раннему детству (например запаздывание сидения и хождения, хватательные движения ног, вялость мускулатуры головы и шеи и т. д.). Причина моторного инфантилизма кроется в недоразвитии соответствующих механизмов, в еще не установившихся взаимоотношениях пирамидной и экстрапирамидной систем. Этот вид недостаточности чаще всего встречается у глубоко умственно-отсталых детей. б) Двигательная недостаточность (*débilité motrice*) — форма Д ю п р е (Dupré), встречающаяся как у детей и подростков, так и у взрослых, характеризуется: синкинезиями (излишние движения), являющимися следствием недостаточной дифференцированности движений — например, при изолированном закрывании одного глаза закрывается и другой, паратонией (сопротивлением при пассивных движениях из-за недостаточной денервации — расслабленности

чаться как в нормальном состоянии (например, утомление), так и при различных заболеваниях. Особенно характерно расстройство счета при прогрессивном параличе, когда больной не может произвести несложные арифметические действия; например при вычитании из двузначных чисел однозначных делает ошибки в десятках, нередко забывая число, из которого он вычитает.

мускулатуры), повышением сухожильных и понижением кожных рефлексов, неловкостью произвольных движений, длительным пребыванием в том или ином положении, позе, когда как бы забывают о частях своего тела, оставляя их в неудобном положении (симптом Коуллена — *oublie du membre*), дефектами речи и походки, недержанием мочи, левшеством, недостатком или отсутствием ритмичности. Форма Дюпре зависит от недостаточности многих двигательных систем, сам Дюпре связывает эту форму с недостатком развития пирамидной системы. Форма встречается, как у нормальных детей, так чаще у умственно-отсталых; при систематических корригирующих упражнениях сравнительно заметно улучшается двигательная недостаточность. в) Экстрапирамидная недостаточность (Гомбургер, Якоб) характеризуется недостаточностью выразительных и изобразительных движений (мимика, жестикуляция, танцы, пластика), недоразвитием автоматических ассоциированных и защитных движений (походка куклы, манекена, скованность, заторможенность, связанность движений). Форма встречается как у отсталых детей, так и у детей с нормальным интеллектом; при коррекции наблюдаются значительно большие трудности, чем при форме Дюпре. г) Фронтальная недостаточность (Гуревич) — резкая психомоторная подвижность, кажущееся богатство движений, и, в то же время, отсутствие возможности производить целесообразно последовательные и продуктивные движения (ребенок не может сам одеться, самостоятельно есть и т. д.), очень часто недоразвитие или отсутствие речи при сравнительно хорошем понимании чужой речи. Обычно эта форма встречается у глубоких олигофренов, нередко у детей после перенесенного менинго-энцефалита. Коррекция при этой форме двигательной недостаточности крайне незначительна.

Психическая симптоматология.

Симптоматика при психических отклонениях крайне разнообразна и в отдельных случаях настолько резко выражена, что обращает на себя внимание даже и неспециалиста, иногда же и притом сравнительно не так редко (особенно в начале заболевания) психические симптомы настолько не отчетливы, бледны, неясно выражены, что с большим трудом распознаются даже опытными специалистами. Для удобства изложения мы будем описывать эти симптомы каждый в отдельности, но, само собой разумеется, что в действительности картина бывает более сложной, так как психические процессы не существуют изолированно, а имеется целостная реакция личности, находящейся в сложных взаимоотношениях со средой.

Расстройство восприятий. Человек с расстроенным восприятием иначе познает окружающее, чем остальные люди, но это еще не всегда значит, что он воспринимает это окружающее болезненно. Например, слепые, глухие, у которых имеется частично выпадение того или иного внешнего органа чувств, само собой не являются психически больными. Лишь те восприятия, которые резко расстраивают понятие окружающего, дают материал для построения психоза, принято считать патологическими. К таким расстройствам восприятия прежде всего относятся *иллюзии* и *галлюцинации*; подобное деление

принято со времени Эскироля (Esquirol), указавшего и различия между ними. Иллюзии или ложные восприятия — такие переживания, когда реально существующий объект раздражения воспринимается в извращенном виде; галлюцинации, или ошибочные восприятия, — это переживания, имеющие вполне реальную чувственную окраску, но без наличия соответствующих внешних раздражителей. Иллюзии и галлюцинации, в зависимости от того органа чувств, с которым связано ложное восприятие, подразделяются на: зрительные, слуховые, вкусовые, обонятельные, осязательные. Можно привести бесчисленное количество примеров иллюзорного восприятия: висящие на стене картины, пятна, рисунки принимают очертания каких-то фигур, людей, животных; в шуме мотора, стуке колес, завываниях ветра слышатся отдельные слова, фразы, пение; в запахе и вкусе пищи чувствуется примесь чего-то постороннего, какой-то отравы и т. д. Близкие к иллюзиям расстройства представляют *парейдолии* (Ясперс), те психические переживания, когда к иллюзорно воспринятому образу, благодаря игре фантазии, добавляются не существующие в действительности подробности. В таких случаях иллюзорно воспринятый облик меняет свои очертания, нередко красочно расцвечивается и причудливо сочетается с другими, в силу чего получаются восприятия разнообразных фантастических картин, причудливых ландшафтов и т. д.

Сами по себе иллюзии еще не являются признаком психического расстройства, так как они, в зависимости от самых разнообразных условий могут наблюдаться и у совершенно здоровых людей. Слабое зрение, плохое освещение могут быть причиной иллюзорного восприятия; нередко в темноте мы можем принять пенек за человека, увидеть в рисунке обоев очертания знакомого лица; точно так же при ослаблении слуха услышать в уличном шуме оклик по имени; при известной подозрительности — почувствовать примесь к пище, ее дурной запах и т. д. Утомление, рассеянность, тоскливость, страх, напряженное ожидание, одиночество и пр. особенно благоприятствуют иллюзорному восприятию у здоровых людей. У детей с их богатой живой эмоциональностью, яркими образами фантазии, их повышенной внушаемостью, отсутствием жизненного опыта и знаний по сравнению со взрослыми более широко открыта дорога к иллюзорным восприятиям. Этому особенно благоприятствует неправильный воспитательный подход (запугивание ребенка, рассказывание ему страшных сказок), одиночество и пр. Сравнительно чаще приходится встречаться с иллюзиями у детей невротиков, психопатов, что не исключает их возможности и при других психических отклонениях. Нередко у совершенно здоровых детей иллюзорные восприятия отмечаются во время инфекционных заболеваний при несколько затемненном состоянии сознания. Значительно чаще с иллюзиями у детей приходится встречаться при полной сохранности сознания. Обыкновенно у детей зрительные иллюзии преобладают над остальными, несколько реже бывают слуховые и совсем редко обонятельные, вкусовые, осязательные иллюзии.

Галлюцинации представляют более серьезное расстройство восприятия. У здоровых людей они встречаются значительно реже, чем иллюзии; благоприятствующими моментами у здоровых является

раздражение органов чувств (заболевание глаз, воспаление среднего уха, десен и т. д.), напряженность эмоционального состояния, связанная с переутомлением, одиночеством, тревожной обстановкой и пр. У больных ко всему этому благоприятствующим моментом могут быть бредовые идеи. Галлюцинации могут быть или весьма элементарны (мелькание искр, оклик по имени, шум, стук, звон и т. д.), или более сложны (слова, разговоры, мелодии, видение отдельных сцен, картин и пр.). В одних случаях галлюцинации вполне соответствуют реальным образам, в других случаях к ним примешивается фантастический налет (видение чудовищных фигур, невиданных зверей, ангелов, чертей и пр.). У детей значительно чаще приходится встречаться с элементарными галлюцинациями и при этом нередко при затемненном сознании, хотя они вполне возможны и при ясном состоянии сознания. В случаях слуховых галлюцинаций больные слышат крики, голоса, шум, звон, напеваемую мелодию, музыку и т. д. Иногда это длинные разговоры, в которых больной или принимает участие или остается посторонним зрителем. В одних случаях это разговоры, не относящиеся непосредственно к больному, в других случаях—голос носит императивный, повелительный характер, заставляя больного выполнять то или иное приказание (ударить, плюнуть, уйти, замолчать и т. д.). Голоса слышатся вполне отчетливо, иногда они принадлежат знакомым, иногда же совсем неизвестным больному лицам или сверхъестественным существам. Иногда больному кажется, что голоса идут из-под пола, из-за стены, локализируются у него в животе, произносятся животными, птицами. Слуховые галлюцинации могут длиться месяцы, годы, но могут держаться и всего несколько дней, что у детей бывает значительно чаще. При отвлечении внимания больного, при работе, в присутствии окружающих галлюцинации ослабевают иногда исчезают на этот период времени.

Зрительные галлюцинации чаще бывают в виде отдельных образов, людей или животных, мелькания огня, яркого пламени и т. д. Иногда они носят устрашающий характер, когда, например, больной видит себя окруженным дикими зверями, на него нападают разбойники, он находится на костре и т. д. По сравнению с слуховыми галлюцинациями зрительные бывают менее продолжительны, да и встречаются они несколько реже.

Обонятельные и вкусовые галлюцинации, бывающие у детей нечасто, иногда крайне трудно бывает отдифференцировать от соответствующих иллюзий. Больным обыкновенно воспринимается дурной запах, исходящий от окружающих, он чувствует примесь отравы в пище и т. д. Галлюцинации в области кожного и общего чувства, трудно отличимые от иллюзии, чаще всего сказываются разнообразными парестезиями: ползающие мурашки, «червячки под кожей». Иногда—это ощущения пропускаемого через тело тока, переливания в голове, разбухание мозга и пр.

В одних случаях больные совершенно не рассказывают о своих галлюцинациях, и только по поведению больного можно сделать заключение об их наличии (мимика, жестикуляция, поза, в частности разговор в виде диалога и пр.), в других случаях больные охотно рассказывают о своих галлюцинациях, иногда во время заболевания, иногда после того, как закончился приступ. Крайне важно для

диагноза отношение самого больного к галлюцинациям, нежелание вспоминать о них как о чем-то неприятном, наоборот, рассказ с увлечением, с удовольствием и т. д. В ряде случаев галлюцинации могут быть настолько характерными для заболевания, что подробный растельные, устрашающие галлюцинации при эпилепсии; слуховые, осязательные, обонятельные галлюцинации при шизофрении, часто нелепые по своему содержанию и характерные в смысле безразличного отношения к ним больных. В картине психических уклонений у детей галлюцинации как известный симптом не занимают такого большого места, как это бывает у взрослых; у детей нередко галлюцинации бледно выражены, неярки, сравнительно мало длительны, элементарны.

Для объяснения механизма образования обмана чувств предложено несколько теорий, которые в основном можно свести к двум: центростремительной и центробежной. Центростремительная теория придает значение изменению периферических воспринимающих раздражение органов (отсюда ее другое название — периферическая). Например, заболевания глаз, уха, языка и пр. вызывают соответствующие галлюцинации.

В настоящее время эта теория почти совершенно оставлена, так как против нее говорят те клинические случаи, при которых отмечается наличие периферического раздражения, а в то же время галлюцинации у больного отсутствуют; с другой стороны, галлюцинации имеются в тех случаях, когда функции периферических органов выпали полностью (слепота, глухота). Эта теория, не объясняя общего механизма образования обманов чувств, может быть лишь сохранена для тех случаев, когда периферические моменты являются фактором, предрасполагающим к галлюцинациям. Большим признанием в настоящее время пользуется центробежная теория, объясняющая механизм образования галлюцинаций раздражением центральных отделов (центров высших органов чувств), причем, по мнению большинства современных авторов, возбуждение с коры одновременно распространяется и на периферию, т.-е. в направлении, обратном нормальному проведению раздражения (отсюда и название теории — центробежная). В зависимости от раздражения того или иного центра будет соответствующий вид галлюцинации (например, при раздражении, повреждениях затылочной доли — зрительные галлюцинации), что подтверждается анатомо-клиническими работами последнего времени (Якоб, Геншен, Ферстер и др.).

Интеллект, его расстройства. В понятии интеллекта (от *intellegere* — понимать) объединяют высшие психические (корковые) функции, осуществляющие плановую комбинацию отдельных навыков, направленных на решение более или менее сложных задач. Торможение примитивных рефлекторных импульсов, предварительная планировка того действия, которое будет произведено для разрешения данной задачи — все это вместе взятое характеризует интеллектуальное поведение. Инстинктивное поведение также иногда решает более или менее сложные задачи, но разрешает их не путем предварительного планирования, а методом проб и ошибок. Обратно говоря, интеллектуальное поведение можно уподобить игре

опытного шахматиста, подготовляющего, планирующего ход, учитывая всевозможные комбинации ответных ходов противника и передвигающего фигуру только после того, как произведен этот сложный подготовительный акт; инстинктивное поведение — неумелому, неопытному игроку, передвигающему фигуру и не знающему, что получится при таком ходе. Из приведенного примера становится более или менее ясным, что внутренним выражением интеллектуальной деятельности является мышление, о котором речь будет дальше.

При различных психических уклонениях приходится встречаться как с задержкой интеллектуального развития, так и с постепенным распадом, оскудением интеллектуальной деятельности, в связи с чем различают врожденное слабоумие (олигофрения) и слабоумие приобретенное (деменция). Для исследования интеллекта существуют схемы Липмана, Штерна, клетка Богена; тесты Бине, Россомо и др. В главе об олигофрении мы коснемся диагностической ценности методов исследования интеллекта.

Внимание, его расстройства. Внимание является нервно-психическим процессом, с помощью которого облегчается приспособление к среде: организует в определенном направлении интеллектуальную деятельность, способствует наилучшему восприятию одних раздражителей, игнорированию других, регулирует ответные реакции. Наиболее частыми являются расстройства активного внимания: неспособность к длительному напряжению в одном направлении, трудность сосредоточивания, легкая и быстрая истощаемость, отвлекаемость новыми раздражителями. В некоторых случаях в каждый данный отрезок времени внимание сосредоточивается на каждом отдельном раздражителе довольно интенсивно, в других случаях оно и в эти короткие отрезки времени неглубоко, поверхностно. Иногда внимание бывает резко сконцентрировано на каком-нибудь одном раздражителе, когда все другие выпадают из поля зрения (например, ученый, обдумывающий проблему; человек, всецело занятый мыслями о постигшем его горе). В таких случаях наряду с избирательной сосредоточенностью внимания отмечается и большая рассеянность: отвечают невпопад, пытаются надеть калоши на одну ногу, не могут найти нужный им предмет, хотя он лежит поблизости от них, и т.д. Это состояние наиболее удачно характеризует фраза из Анатolia Франса: «Я рассеян, потому что я внимателен». В противоположность суженному вниманию, может быть его широкий диапазон, хорошая распределенность. В некоторых случаях внимание бывает настолько притуплено, что даже сильные раздражители не в состоянии заставить человека сосредоточиться. Иногда, несмотря на большую рассеянность, некоторые больные прекрасно замечают происходящие в окружении перемены, появление новых раздражителей, великолепно запоминают малейшие детали обстановки. В этом отношении нередко поражают шизофреники, находящиеся в состоянии кататонического ступора, которые не обращают никакого внимания на окружающих, не реагируют на вопросы, на сильные физические раздражители (например, уколы булавки), а впоследствии иногда до мельчайших подробностей рассказывают о том, что в это время происходило в их окружении.

У детей с расстройством внимания приходится встречаться до-

вольно часто. Нередко—это почти единственный симптом в жалобах родителей, педагогов, и иногда только тщательный расспрос и исследование вскрывают и другие психические отклонения. У нормального ребенка способность к сосредоточению внимания вырабатывается постепенно, и нередко неправильный воспитательно-педагогический подход может быть причиной расстройства внимания. У маленьких детей внимание легко истощается, быстро отвлекается новыми раздражителями. В тренировке внимания известную роль играют вначале сила раздражителей, их эмоциональная окраска, заинтересованность, которые подводят ребенка, приучают его к сосредоточению внимания и на слабых, но социально важных раздражителях (например, приучение к чтению, решение арифметических задач и т. д.). Наиболее частые отклонения в внимании приходится встречать у детей невротиков, психопатов, у которых лечебно-педагогическая коррекция обыкновенно дает прекрасные результаты.

Память, ее расстройства. От интеллекта необходимо отличать необходимые для его деятельности предпосылки, одной из которых является память. В деятельности памяти принято различать: а) способность воспринимать впечатления (перцепция), б) способность удерживать воспринятое (ретенция) и в) способность воспроизводить воспринятое (репродукция). Все три момента очень тесно переплетаются между собой. Различают память механическую — усвоение без понимания запоминаемого, логическую память — осмысленное запоминание и аффективную память — воспроизведение пережитого аффективного состояния, когда не только вспоминается, но и переживается ранее бывшее эмоциональное состояние. Перцепцию и ретенцию вместе взятые называют запоминанием. У разных лиц запоминание происходит неодинаково: одни запоминают лучше тогда, когда они видят запоминаемое (зрительный тип памяти), другие — при восприятии запоминаемого при помощи слуха (слуховой тип памяти), третьи — когда они воспринимают зрением и повторяют про себя (моторный или двигательный тип). Чаще всего встречается смешанный тип запоминания. Память в течение жизни прогрессивно развивается, достигая наиболее высокого уровня к 21 — 25 годам, на этом уровне она держится до 40 — 50 лет, когда постепенно начинает снижаться. Обратное развитие памяти (Рибо) сводится к тому, что ослабление памяти идет в направлении от настоящего к прошлому: сначала забывается недавно воспринятое, ближайшие, текущие события, но еще помнится прошлое, в котором в дальнейшем все чаще и чаще начинают встречаться пробелы. Таким образом, ослабление памяти идет от нового к старому, от сложного к простому. Память не только слабеет с возрастом, в течение жизни она может колебаться, то ухудшаясь, то улучшаясь, что нередко стоит в зависимости от переутомления, истощения, чрезмерного напряжения или, наоборот, от покоя, отдыха, усиленного питания.

Биологические основы памяти сводятся к следующему: каждое переживание производит в мозгу молекулярные изменения нервных элементов, как бы оставляет своеобразный след (энграмму). Когда повторяется (целиком или частично) то переживание, которое вызвало энграмму, то оно эту энграмму снова приводит в активное состояние (экфорирует). Частые экфории упрочивают энграмму, создавая бла-

поприятные условия к их повторному более легкому возникновению. Не следует упрощенно понимать (от чего отказался еще и Рибо), что каждому переживанию соответствует развитие энграммы лишь в одной определенной нервной клетке, в действительности это не так, и речь идет о комплексных изменениях.

Расстройства памяти сказываются как в повышении ее способности (гипермнезия), так и в понижении их (гипомнезия). При гипермнезии обыкновенно облегчаются и запоминание и воспроизведение, но возможны случаи, когда на первый план выступает или тот, или другой из этих актов. Например, иногда во время лихорадочных состояний обостряется воспроизведение давнишних переживаний, вспоминающихся до мельчайших деталей, подробностей. Описаны случаи, когда перед смертью больные начинали говорить на том языке, на котором они не разговаривали в течение нескольких лет, и казалось, что уже его забыли. Значительно чаще приходится встречаться с изощрением памяти в каком-нибудь одном отношении: одни прекрасно запоминают лица, другие цифры, третьи—детали тех или иных событий и т. д. С таким изощрением памяти приходится иногда встречаться у олигофренов, нередко при водянке головного мозга. Так например, мальчик олигофрен знал наизусть за целый год даты празднования святых, другой после двукратного прочтения ему вслух 100 слов мог их тотчас же повторить как в том порядке, в котором они ему были прочитаны, так и в разбивку; через несколько часов он не помнил ни одного из этих слов. Значительно чаще в клинической практике встречается гипомнезия. Ослабление памяти может носить как временный (после тяжелых болезней, сильного переутомления и пр.), так и более стойкий характер. В тех случаях, когда запоминание, забывание касается переживаний ограниченного отрезка времени, или из памяти выпадает более или менее значительное количество воспоминаний, говорят об амнезии. Сюда прежде всего относится сравнительно чаще встречающаяся потеря памяти слов, например, забывают собственные имена, фамилии, название предметов (больной становится как бы попрошайкой слов: ждет когда ему подадут, подскажут нужное слово), цифр, событий и т. д. Иногда эта амнезия связана с расстройством сознания, бывает при сильных аффективных переживаниях, когда из памяти выпадают все или часть переживаний, происходивших в это время. Так например, при некоторых психических заболеваниях после выздоровления больные совершенно не помнят или отрывочно сохраняют воспоминания о периоде болезни; аналогичное явление наблюдается также после соматических заболеваний, протекавших с расстройством сознания. В тех случаях, когда из памяти выпадают события, происходившие до начала заболевания, говорят о ретроградной амнезии. Например, после мозговой травмы больной не может вспомнить не только о самом событии, во время которого произошла травма, но забывает и о предшествующих травме событиях, причем выпавший из памяти период жизни больного может быть очень значительным (иногда изглаживаются события за несколько лет жизни, предшествующие заболеванию).

К расстройствам памяти относятся также обманы памяти (парамнезии), из которых нередко встречается (бывает и у здоровых людей,

например при значительном переутомлении) такое явление, когда кажется, что переживаемое в настоящее время уже было пережито раньше при совершенно аналогичных условиях. Бывает и так, что, видя что-нибудь новое, воспринимают его как уже виденное раньше, знакомое («déjà vu» — «уже виденное» — французских авторов). Аналогичное явление представляет собой «déjà raconté» — «уже рассказанное», когда создается убеждение, что то, о чем больной собирается рассказать, было уже им однажды рассказано (Фрейд). Под названием криптамнезии описывают такие обманы памяти, когда услышанное от других, вычитанное из книг, через некоторое время начинает казаться своим собственным, придуманным самим. В тех случаях, когда память более или менее глубоко расстроена, остающиеся пробелы заполняются переживаниями, придуманными на основании ложных воспоминаний (конфабуляции). Например, неподвижно лежащий в постели больной уверяет, что он только что вернулся с прогулки, и при этом рассказывает, кого он видел, с кем вел беседу.

Расстройства памяти при различных психических отклонениях бывают иногда настолько характерны, что могут являться хорошим диагностическим признаком при распознавании заболеваний. Так, например, для эпилепсии характерна амнезия, связанная с припадками и послеприпадочным состоянием; для олигофрении характерно не столько ослабление памяти, сколько известная диссоциация между логической и механической памятью; при психопатиях встречаются иногда парамнезии, в виде «déjà vu», «déjà raconté».

Мышление, его расстройства. Мышление, находясь в тесной функциональной зависимости от состояния интеллекта, является высшей и наиболее сложной формой его деятельности. При помощи мышления рационально перерабатываются данные опыта, вскрываются, устанавливаются новые связи, зависимости, отношения между явлениями окружающего мира. Расстройства мышления при психических отклонениях играют чрезвычайно важную роль; здесь мы остановимся на наиболее важных с клинической точки зрения.

Заторможенность мышления сказывается в медленной смене представлений. Явления заторможенности встречаются, как у здоровых людей (при утомлении, огорчении), так и при различных психических отклонениях (особенно при маниакально-депрессивном психозе). Субъективно заторможенность мышления сказывается в том, что больному трудно о чем-нибудь подумать, мысли у него путаются, мыслей мало, они бедны, неинтересны, малозначащи, текут медленно, вяло. Объективно это сказывается в экспериментально установленном замедлении течения ассоциаций, в медленной по темпу, нередко односложной речи, прерываемой иногда длинными паузами.

Противоположным заторможению является **возбужденность мышления** (скачка идей), при котором одно представление быстро сменяется другим. Субъективно это сказывается наплывом мыслей, быстро сменяющих одна другую, кажущимся богатством их содержания, в то время как в действительности они нередко отличаются большой поверхностностью. Внимание неустойчивое, легко отвлекаемое; при резких степенях возбуждения эта отвлекаемость настолько значительна, что почти каждое новое впечатление немедленно вле-

тается в речь. Хотя в каждый отдельный момент мышление и не лишено цели, но цель эта постоянно меняется, что в разных случаях создает неверное впечатление «бесцельности мышления». Речевое оформление мыслей иногда крайне пышное, красочное; при резких степенях возбуждения речь за мышлением не поспевает, отстает от него, и тогда внешнее оформление мыслей страдает: мысль, как бы пунктиром, лишь только намечается отдельными словами, фразами. Экспериментально доказать быстроту мыслительного процесса обыкновенно не удается. При помощи эксперимента определяется не количество возникающих представлений, а количество произнесенных слов, а так как при возбуждении мышления одновременно возникает множество представлений, то на выбор их затрачивается известное время, что и замедляет ответную реакцию при эксперименте. Подобный наплыв представлений может послужить причиной полного речевого заторможения; больной не в состоянии остановиться на каком-нибудь одном представлении, не может сделать между ними выбора, а потому упорно молчит (вихревая заторможенность идей — Шредер). С этим явлением мы встречаемся иногда в общечитии у совершенно здоровых людей, когда, чем-нибудь особенно пораженные, они умолкают, будучи не в состоянии из множества впечатлений выбрать необходимые и словесно их оформить.

Случаи, когда между отдельными представлениями нарушена, разорвана связь, называются *разорванностью мышления* (Zerfahrenheit — Крепелин); при этом речевое оформление часто грамматически вполне правильное. При подобном расстройстве мышления крайне трудно уловить основную идею, так как побочные мысли переплетаются с главной, основной, ясное целевое направление отсутствует. Мышление поражает своей непонятностью, неожиданностью выводов, иногда их бессмысленностью. На вопрос: «как зовут?» — следует неожиданный ответ: «там все будем». Когда при разорванности мышления бессмысленно нанизываются слова, то говорят о «словесной крошке», «словесном салате» (Wortsalat).

Аутистическое мышление характеризуется игнорированием действительных соотношений, оторванностью от внешнего мира; оно не считается ни с логическими, ни с реальными возможностями. Фантастическое и реальное уживаются вместе, давно прошедшее и настоящее существуют одновременно, невозможное, недостижимое уже осуществлено, претворено в реальное. С подобным мышлением мы встречаемся во сне, когда умершие люди действуют как живые, желаемое стало действительностью, события разные во времени объединяются вместе. Из болезненных состояний аутистическое мышление наблюдается при шизофрении; иногда же является своеобразным бегством от неприглядной, тяжелой для человека действительности.

Обстоятельным, детализированным мышлением называют такое, при котором детали, мелочи загружают основную мысль. К цели идут не прямым путем, а блуждают кругом да около, нанизывая не идущие к делу детали, сообщая случайные подробности, по много раз употребляя одни и те же слова, понравившиеся обороты речи, словом, топчутся на месте. В этой путанице, лабиринте деталей основная мысль все же не теряется, и, проделав длинный окольный

путь, в конце концов все же приходят к цели (лабиринтарное мышление — другое название этого симптома). Этот симптом нередко встречается при эпилепсии, а также иногда при олигофрении.

Навязчивые идеи. Идеи, насильственно вторгающиеся в течение нормальных представлений, нарушающие это течение, называются навязчивыми. От сверхценных идей навязчивые отличаются незначительностью своего содержания, критическим отношением к ним больного, как к чему-то для него чуждому, постороннему, ясным сознанием их ненужности, бесцельности. Несмотря на критическое отношение к навязчивым идеям, больной не может от них отделаться, они снова и снова настойчиво возвращаются в сознание, что создает для него мучительное состояние беспокойства, своеобразной напряженности.

На ряду с навязчивыми идеями различаются навязчивые страхи, влечения, воспоминания, частью вытекающие из навязчивых идей, в значительном же проценте случаев непосредственно с ними сливающиеся, почему в таких случаях и говорят о навязчивых состояниях. В клинической картине часто встречаются навязчивые идеи в виде болезненного сомнения (*folie du doute*), когда постоянно беспокоит мысль о том, что то или иное действие не выполнено, или выполнено неправильно. Например, больной все время сомневается, закрыта ли дверь, потушен ли огонь, приготовлены ли уроки, не потерял ли трамвайный билет, туда ли он идет и т. д., и, получив подтверждение, убедившись в правильности своих действий, успокаивается на короткий момент с тем, чтобы снова начать их проверку. При известном эмоциональном состоянии (волнения, забота, тревога), при переутомлении, подобные болезненные сомнения могут возникать и у совершенно здоровых людей, у которых они все же не достигают такой интенсивности и держатся до тех пор, пока не исчезает вызвавшая их причина. Болезненное мудрствование (*Grübelnsucht*) — навязчивое стремление думать о различных, малозначащих предметах, высказывать интерес к вопросам ненужным, незначительным или неразрешимым: «Отчего мы ходим на ногах, а не на руках?» «Почему у нас нет хвоста?» «Почему предметам даны такие названия, почему кровать называется кроватью, а не как-нибудь иначе?» — вот приблизительный (конечно, далеко не исчерпывающий) перечень вопросов, которые задают больные, отыскивая на них ответ.

Навязчивые страхи (фобии) весьма разнообразны, среди них у детей наиболее часто встречается боязнь покраснеть (эритрофобия); боязнь чужого взгляда, когда кажется, что все обращает на них внимание, пристально смотрят, в силу чего дети начинают смотреть исподлобья, постоянно вертятся, чтобы избежать взора посторонних. Нередко также встречается боязнь, что непременно подумают на них, когда случается какое-нибудь неприятное происшествие (пропадает вещь, кто-нибудь набедокурил и т. д.); в отдельных случаях встречается боязнь прикосновения, когда боятся дотрогиваться до вещей, чтобы как-нибудь не заразиться.

Навязчивые действия обыкновенно вытекают из навязчивых мыслей и страхов, когда, чтобы отделаться от них, больной по несколько раз совершает то или иное действие: при боязни прикосновения бесконечное количество раз моет руки, при болезненном сомнении

постоянно подходит к двери и пробует, заперта ли она и т. д. В других случаях навязчивые действия не являются моментом, имеющим цель освободиться от навязчивых страхов и мыслей, а возникают как бы сами по себе. В таких случаях больные пересчитывают сделанное ими количество шагов; в театре, на собрании считают количество лысых, не могут пройти мимо вывески, объявления, чтобы их не прочитать, и т. д.

Навязчивые воспоминания часто встречаются и у психически здоровых людей, когда, например, человека неотвязно, в течение некоторого времени, преследует отрывок когда-то слышанной фразы, стихотворения, мелодии и т. д. Если у здоровых эти состояния недлительны, скоро проходят, то у больных они очень часто заполняют все психическое содержание, составляя подчас для них крайне тягостное явление, от которого они никак не могут избавиться. Навязчивые мысли, страхи, действия, воспоминания могут встречаться в качестве известного симптома при различных психических отклонениях.

Бредовые идеи. Бредовые идеи — это ложные мысли, ошибки, суждения; с точки зрения самого больного — суждения совершенно правильные, в достоверности которых он не сомневается ни одной минуты, в силу чего бред совершенно не поддается коррекции ни путем убеждения, ни путем наглядных доказательств. Если иногда больной как будто бы и уступает логическим доводам, то он вскоре же продуцирует новые бредовые идеи, близкие к тем, от которых он перед этим только что отказался. В одних случаях бредовые идеи являются результатом неправильного истолкования того аффективного состояния, которое переживает больной. Например, депрессивный больной, пытаясь объяснить изменение своего самочувствия, находит причину во внешних моментах. Это голотимический (*holos* — целый, весь, и *thymos* — желание) момент в бредообразовании. Эта аффективная теория образования бреда не может все же объяснить целого ряда случаев. Французские авторы в бредообразовании придают известную роль галлюцинациям и болезненным ощущениям. Например, обонятельные и вкусовые галлюцинации могут быть причиной бреда отравления; потеря чувствительности может породить мысль об исчезновении, подмене какой-нибудь части тела. Большинство авторов склонно смотреть на галлюцинации и болезненные ощущения лишь как на материал для бреда, а не на первопричину его образования. Ряд авторов вслед за Крепелином считает, что в основе бреда лежит общее психическое расстройство, при котором изменения сознания стоят на первом месте. В объяснение способов возникновения бреда приводится также интеллектуальная слабость (так называемый индуцированный бред — возникновение бредовых идей путем заимствования от другого лица); другие авторы, наоборот, считают сохранность интеллекта необходимым условием для бредообразования, указывая на побледнение и исчезновение бредовых идей в связи с нарастающим слабоумием, отсутствие бреда у глубоких олигофренов. В последнее время (Кречмер и др.) некоторые формы бреда пытаются объяснить конституциональными особенностями, развитию которых помогает сумма внешних факторов. Так например, у лиц, в характере которых имеется наличие элементов мнительности, подозрительности, повышенной самооценки, под влия-

нием ряда факторов, обостряющих эти особенности, образуется бред преследования.

Приведенное (далеко не полное) перечисление различных теорий, объясняющих бредообразование, говорит о том, что для настоящего времени этот вопрос не может считаться вполне разрешенным.

По своему содержанию бредовые идеи весьма разнообразны. Они могут быть отрывочными, несвязанными друг с другом, иногда даже противоречить одна другой. Иногда бредовые идеи складываются в определенную систему, в центре которой находится одна объединяющая их мысль. Подобный систематизированный бред носит название паранойяльного (от болезни паранойя — стойкая система бреда, представляющая переработку жизненных переживаний). В большинстве случаев по своему содержанию бредовые идеи имеют один какой-нибудь характерный признак, по которому они и получают свое название: бред величия, бред преследования и т. д. *Бред величия* сказывается в резкой переоценке больным своей личности (способностей, возможностей и пр.): больной необыкновенный силач, всемирно признанный гений, непревзойденный богач, неподражаемый актер, талантливый музыкант и т. д. *Бредовые идеи самоуничтожения*, наоборот, кроются в резкой недооценке своей личности, среди них чаще встречаются идеи самообвинения, когда больной обвиняет себя в тяжких преступлениях, в ужасных пороках, считает себя неисправимым, ничтожным, никчемным, никуда негодным человеком. К бредовым идеям самоуничтожения также относится *ипохондрический бред*, при котором больной фиксирует свое внимание на здоровьи, постоянно отыскивая у себя различные болезненные симптомы, резко преувеличивая их значение. Иногда (чаще при шизофрении) ипохондрический бред бывает крайне нелепым: у больного сгнил мозг, нет внутренностей, он заживо разлагается. Известную разновидность бреда самоуничтожения представляет *нигилистический бред*, бред отрицания: у больного нет имени, нет головы, сердца, исчезли все органы. В противоположность бреду самообвинения при *бреду преследования* больной обвиняет не себя, а других лиц, в стремлении причинить ему неприятности, нанести ущерб его личности, испортить его общественное положение и пр. Разновидностями этого бреда являются: бред отношения, влияния, воздействия, ущерба, ревности. При *бреду отношения* больной все происходящее относит к себе, к своей личности, неправильно оценивает эти отношения, придавая им символический смысл: кто-то улыбнулся — это над ним издеваются, в газетах написано про него, а фигурирующая при этом описании другая фамилия напечатана с умыслом, чтобы больной об этом не сразу догадался и т. д. *Бред влияния*, постороннего воздействия: на больного влияют при помощи гипноза, через него пропускают электрический ток, ему внушают мысли на расстоянии и т. д. *Бред ущерба*: больной считает, что его разоряют, у него постоянно пропадают вещи, его обкрадывают и пр.

У взрослых бредовые идеи являются одним из наиболее существенных признаков психического уклонения: у них этот признак встречается довольно часто при разнообразных формах психических уклонений. Наоборот, у детей бредовые идеи встречаются крайне редко, лишь при некоторых психозах (шизофрении, прогрессивный

паралич); по своему содержанию они крайне бедны, отрывочны, элементарны.

Бред, довольно часто встречающийся у детей при лихорадочных заболеваниях, не следует смешивать с только что описанными бредовыми идеями, являющимися симптомом психического расстройства: здесь происходит известная путаница понятий, когда термином «бред» обозначаются совершенно различные (по механизму образования) состояния. Некоторые авторы (Гиляровский и др.) совершенно правильно предлагают говорить о бреде (делириозных состояниях) и о бредовых идеях.

Эмоциональная сфера, ее расстройства. Окраска (в приятные или неприятные тона), которая получается от интеллектуальной деятельности (начиная от более простых и кончая высшими интеллектуальными процессами), подлежит ведению эмоциональной сферы. Обе эти сферы неразрывно связаны друг с другом, что иногда дает повод к смешению их в разговорной речи; например чувствую боль, ощущаю боль. Эмоциональные переживания, соответствующие процессам растительной жизни, называются низшими или органическими эмоциями (переживания, связанные с чувством голода, жажды, половым влечением и т. д.).

Общее производное различных эмоциональных состояний, воздействующих на человека, обозначают термином — *настроение*. Резко выраженные, обостренные эмоции называют *аффектами*. Со времени Канта аффекты делят на стенические, возбуждающие (гнев, радость) и астенические, тормозящие (тоска, печаль, смущение). В свою очередь аффекты делятся на физиологические, когда реакция адекватна переживаниям, и патологические аффекты, когда реакция является настолько бурной, что теряется способность управлять своими действиями, отдавать отчет в своих поступках; обыкновенно в таких случаях наблюдается амнезия (запамятывание) того, что происходило во время аффекта. Эмоциональные и аффективные состояния обыкновенно сопровождаются соматическими изменениями: расширением зрачков, побледнением, покраснением лица, учащением, замедлением пульса, слезо-пото-слюно-отделением, расстройствами выразительных движений (мимика, жестикуляция). В свою очередь, и соматическое состояние оказывает влияние на аффекты и эмоции: аффект страха у сердечных больных, тоскливое, подавленное состояние при болезнях кишечника и т. д. Отражаются аффекты и на интеллектуальной деятельности, в одних случаях тормозя ее, в других возбуждая. Блейлер, с целью резче подчеркнуть влияние аффективности на волевые и центробежные функции, объединяет аффективность, влечения, волю в одно понятие, которому он присваивает название *эргии*.

Расстройства эмоциональной сферы сказываются в расстройствах настроения, в его повышении или понижении. Длительные повышения самочувствия обозначаются термином *эйфория*. При эйфории — веселое, приподнятое настроение, обыкновенно не вяжущееся с тем положением вещей, с той обстановкой, в которой находится больной: у больного неприятности, его преследуют постоянные неудачи, но настроение его веселое, жизнерадостное, приподнятое, он бурно всему радуется; неприятности, неудачи скользят мимо

него, совсем не отражаясь на его настроении. Повышенное настроение обыкновенно сопровождается психомоторной возбудимостью, а также и соматическими явлениями — учащение пульса, покраснение лица, расширение зрачков и пр. Противоположным состоянием является пониженное, подавленное самочувствие (*депрессия*), возникающее или без всяких сколько-нибудь видимых внешних поводов (эндогенная депрессия), или как реакция на тяжелые переживания (реактивная депрессия). В последнем случае она считается болезненной тогда, когда выявляется более интенсивно и бывает более длительной, чем обычная реакция на неприятные раздражители у здорового человека. Депрессия сопровождается общей психомоторной заторможенностью, а также и соматическими расстройствами, из которых особенно часты различные вазомоторные расстройства. Нередко эти последние сопровождаются тяжелым субъективным чувством напряженности в области сердца (так называемая предсердечная тоска).

На ряду с расстройством настроения отмечается *понижение эмоциональной возбудимости*, проявляющееся в апатичности, безучастности, равнодушии к тем или иным внешним раздражителям. Часто это наблюдается в отношении раздражителей, непосредственно не связанных с личностью больного. Например, больной становится совершенно безучастным к радости, горю, страданию других, нередко очень близких ему лиц. Подобное понижение возбудимости может дойти до полного эмоционального оупения, когда больной становится совершенно безразличным, равнодушным как к переживаниям других, так и к своим собственным.

Повышенная эмоциональная возбудимость, свойственная здоровым детям, является патологической тогда, когда к ней присоединяется раздражительная слабость: больной легко, по незначительному поводу, выходит из состояния равновесия, начинает кричать, плакать, сравнительно быстро успокаивается при отвлечении его внимания другими раздражителями.

При эпилепсии и некоторых других психических отклонениях обычно такого легкого отвлечения не наблюдается, больной как бы прилипает к аффекту, подолгу «пережевывая» это состояние, снова и снова к нему возвращаясь.

Когда эмоциональное переживание перестает тормозиться, когда оно проявляется во-вне, в то время как по существу оно должно бы было быть задержано, подавлено, или нерезко выявлено, — говорят об *эмоциональной неводержанности* (*incontinentia*). У маленьких детей эмоциональная неводержанность является физиологической: они бурно, не стесняясь присутствием посторонних, проявляют свою радость, гнев, горе и т. д.; с возрастом вырабатывается способность к торможению эмоций.

К болезненным явлениям относится также *извращение аффектов*, когда вместо ожидаемой аффективной реакции больные дают противоположную реакцию. Например, больной веселится при получении неприятных известий; горюет при радостных событиях. Когда уживаются вместе два аффективно-противоположных состояния, — говорят об *аффективной амбивалентности* (Блейлер). Например, больной одновременно горячо любит и остро ненавидит. Эле-

менты амбивалентности встречаются и у здоровых, когда например в одно и то же время и боятся, чтобы какое-нибудь событие случилось, и хотят, чтобы оно непременно произошло. Наиболее часто аффективная амбивалентность встречается при шизофрении.

Воля, ее расстройства. Воля, являясь социально-обусловленной формой активности человеческого поведения («труд — колыбель воли»), в то же самое время есть и продукт личного опыта, включающего в себя сознательные и целеустремленные действия. Различные идеалистические теории рассматривают волю, как особую психическую деятельность, находящую себе внешнее выражение в движениях, но деятельность, в то же самое время не подчиненную законам материального мира, не зависящую от него, автономную, свободную. В противоположность идеалистическим теориям, диалектическое понимание воли приводит к пониманию волевых процессов, как процессов естественных, строго определенных, обусловленных психофизической организацией человека, его нервной системой и теми внешними причинами, которые на человека воздействуют.

Из такого положения следует, что воля является результатом исторического развития поведения человека, поведения, непосредственно стимулируемого трудом. Общественное бытие определяет сознание и волю. Личный опыт индивидуума, находящий себе отражение в сознательных и целеустремленных действиях, тесно связан с интеллектуальной деятельностью, мышлением, что и отличает волевое поведение от инстинктивного, являющегося только целесообразным, но не сознательным.

Причины и механизмы возникновения волевых расстройств объясняют по-разному. Рефлексологическое направление рассматривает эти нарушения с точки зрения сочетания торможения и растормаживания одних рефлексов другими. Кречмер пытается разрешить этот вопрос с точки зрения филогенеза нервной системы. По времени возникновения различных отделов нервной системы он различает: простые рефлексы, преимущественно связанные со спинным мозгом, гипобулику (*hupo*—ниже и *boulie*—воля), относящуюся к межучточному мозгу, и высшую целевую волю (*Zweckwille*), возглавляемую корой головного мозга. Когда затормаживается высшая воля (например при страхе, истерическом припадке и пр.), на сцену выступают старые филогенетические механизмы (например «рефлекс мнимой смерти»). В связи с учением о темпераменте и характере пытаются объяснить волевые процессы влиянием на психику эндокринного аппарата, вегетативной нервной системы, свойственного организму общего физико-химического динамизма. Все эти теории, являясь узко-биологическими, не учитывающими социальной обусловленности, исторического развития человеческого поведения, не могут быть приняты безоговорочно, так как они не дают правильного, исчерпывающего определения причин и механизмов волевых расстройств.

Расстройства воли прежде всего могут сказываться в усилении или ослаблении волевых импульсов. Гиперфункция, усиление волевых импульсов (*гипербулия*) обыкновенно обнаруживается или в стремлении к деятельности (*Beschäftigungsdrang*), или в стремлении к движениям (*Bewegungsdrang*).

В первом случае у больного отмечается бесконечное количество

желаний, повышенное стремление что-нибудь делать, как-нибудь действовать, причем эти действия имеют известную целеустремленность. Несмотря на повышенную затрату энергии, больные не жалуются на усталость и, находясь почти в непрерывном движении, могут длительно оставаться на ногах, спать 2—3 часа в сутки, плохо питаться и т. д. Во втором случае (стремление к движениям) отсутствует целевая установка; больной проделывает бесконечное количество разнообразных, но совершенно бесцельных движений: бегают по комнате, все время суется, поет, кричит, плюется, ругается и т. д.

Гипофункция, ослабление волевых импульсов (*абулия*), безволие, характеризуется тем, что больные бездеятельны, у них нет соответствующего побуждения к действию. Если этот импульс дать им со стороны, то они будут действовать, но как только устранено внешнее побуждение, приказание, так тотчас же опять прекращается и деятельность. Например, если больному отдать приказание: «подай, принеси, сделай», то он это выполняет, но по самостоятельному побуждению он ничего не сделает.

От гипофункции воли следует отличать *внушаемость* — подчинение чужому влиянию, принятие без критики того или иного постороннего воздействия. Внушаемость может иметь место как при абулии, так и помимо нее. У здоровых детей внушаемость, крайне значительная в ранние годы, с возрастом постепенно уменьшается. Повышению внушаемости способствуют утомление, соответствующим образом подготовленная обстановка, недостаточный интеллект и пр. При психических уклонениях повышенная внушаемость часто встречается при различных формах невроза, при истерии, психопатиях, при шизофрении (кататоническая форма). В последнем случае больному иногда можно произвольно придать любую позу, которую он будет сохранять в течение более или менее длительного времени (так называемая восковая гибкость — *flexibilitas cerea*). Более резкой формой внушаемости является *автоматическая подчиняемость*, когда больной по чужому приказанию выполняет любое действие, хотя бы оно для него и было крайне неприятно. К автоматической подчиняемости относится также повторение чужих слов (*эхолялия*) и действий (*эхопраксия*). Элементы эхолялии и эхопраксии встречаются и у совершенно здоровых людей. Первая нередко наблюдается в том случае, когда, желая выгадать время для ответа, полностью повторяют заданный вопрос. Эхопраксия наблюдается в тех случаях, когда, например увлеченные игрой актера или рассказом собеседника, целиком повторяют его мимику, жестикуляцию. Пониженная внушаемость сказывается в сопротивлении всякому постороннему влиянию, иногда в упорном стремлении сделать наоборот (негативизм, обратное позитивному, положительному, просимому). Когда только не выполняют просимого, то говорят о пассивном негативизме, когда выполняют действие, обратное просимому, — об активном негативизме. Не следует всякое упрямство детей, имеющее свои причины, называть негативизмом, как это иногда делается; термин «негативизм» следует употреблять лишь для обозначения патологических явлений.

К расстройствам волевых функций относится также *манерность*,

когда простые действия извращаются, становятся вычурными, преувеличенно развязными или, наоборот, чересчур скромными, приобретают своеобразный, часто надуманный характер. Например, особая манера здороваться, когда подают руку лодочкой, сжатую в кулак, или чрезмерно растопыривают пальцы. *Стереотипии* — однообразно повторяющиеся в течение длительного времени слова, выражения, жесты. К волевым расстройствам относятся также навязчивые действия, о которых речь была раньше.

Под названием «*соскальзывание воли*» Шюле описал такие изменения в действиях, когда больной начинает одно движение, а заканчивает его другими: берет стакан, чтобы пить, а вместо этого выливает его содержимое.

Крайне важным симптомом является расстройство влечений (*парабулии*). Под влечениями понимают унаследованные сложные рефлекторные реакции, группирующиеся вокруг жизненных целей (пища, размножение, самосохранение), возрастающие закономерно по мере развития организма. Влияние внешних (преимущественно социально-классовых) воздействий среды сказывается на времени и силе проявлений влечений у человека, их связи с внешним объектом, изменении содержания, входящих в их состав частичных реакций. Это влияние для различных влечений неодинаково: для влечения к пище оно сравнительно незначительно, наоборот, на половом влечении сказывается более интенсивно. Расстройства влечения к пище наблюдаются в виде повышения влечения (например обжорство, отмечаемое иногда при глубоких степенях олигофрении), в понижении его (отказ от пищи при депрессии, шизофрении), или в извращении (поедание собственных экскрементов при шизофрении). Извращения влечения к пище встречаются иногда и у психически здоровых детей в раннем возрасте, когда они, например, поедают песок, глину, мел, что нередко бывает связано с недостатком в организме минеральных солей или других веществ. При понижении инстинкта самосохранения отмечается резкое игнорирование опасности. При глубоких степенях олигофрении, слабоумия это связано с интеллектуальной недостаточностью, вследствие которой опасность не осознается. При некоторых других психических отклонениях понижение инстинкта самосохранения наблюдается при сохранности интеллекта. Например, пациент нашей клиники, перенесший эпидемический энцефалит, неоднократно клал голову на рельсы при приближении трамвая, отдергивая ее лишь в самый последний момент. Это проделывалось с целью испытать, действительно ли так страшно умирать, как об этом рассказывают. Повышение инстинкта самосохранения часто сказывается в чрезмерной трусливости, в преувеличении опасности. Расстройства полового влечения сказываются как в его понижении, так, в особенности часто, и его повышении, когда оно или слишком рано пробуждается или интенсивно выражено. С повышением полового влечения приходится встречаться при олигофрении, психопатиях, иногда при эпилепсии; с понижением — при некоторых формах психопатии, депрессии. Извращения полового влечения у детей чаще наблюдаются в виде онанизма. Обыкновенно в подавляющем проценте случаев онанизм у детей является результатом неблагоприятного влияния разнообразных социальных факто-

ров и значительно реже своеобразным болезненным симптомом. Обонянии, а также и других половых извращениях (мазохизме, садизме и пр.), подробно говорится в специальной части в разделе психопатий.

Сознание, его расстройства. «Мое отношение к моей среде есть мое сознание» (Маркс). В этом определении ясно подчеркивается способность сознания к избирательной деятельности, к выбору поведения, т.-е. к планомерному регулированию взаимоотношений со средой, и выделение себя как индивидуума из окружающей среды. Планомерное регулирование своих взаимоотношений со средой предполагает способность предвидения, которая невозможна без способности мышления понятиями, т.-е. абстрактного мышления. С точки зрения диалектического материализма сознание есть ступень развития психического. С тем, чтобы нагляднее представить, на какой ступени развития психики возникает это новое качество психического, мы в схематическом виде представим специфические условия взаимоотношения человека с окружающей средой. Эти взаимоотношения являются теми объективными условиями, при которых возникает это новое качество психического: 1) инстинктивный труд обезьяночеловека (пользование орудием), 2) развитие руки, общество-сотрудничество, 3) речь, 4) развитие мозга, 5) абстрактное мышление, 6) предвидение и целеполагание, 7) избирательная деятельность по отношению к среде и противопоставление себя среде, 8) сознание, 9) планомерное изготовление орудий (целесообразный труд).¹ Ступень развития, на которой появляется сознание, свойственно только высокоорганизованной материи (нервной системе человека). «Мышление и сознание... являются продуктами человеческого мозга» (Энгельс). Таким образом сознание — качество психического, это комплексное качество высокоорганизованной материи, с помощью которого осуществляется целостный процесс познания, отражающий объективную действительность. «Отражение природы в мысли человека надо понимать не «мертво», не «абстрактно», не без движения и не без противоречий, а в вечном процессе движения, возникновения противоречий и разрешения их». (Ленин).

Расстройства сознания, с которыми приходится встречаться у психически больных, крайне разнообразны. Прежде всего (в данном случае пользуются аналогией с глазом) может изменяться поле сознания. *О сужении поля сознания* принято говорить в тех случаях, когда в центре сознания находятся одна-две идеи, целиком заполняющие собой все содержание психики. Такое сужение поля сознания нередко наблюдается при сильных аффектах, когда, например, в гневе сознание целиком заполнено только представлениями, связанными с этим переживанием. Другое изменение (сужение поля сознания) сказывается в избирательной узости, когда в него могут проникать только определенные (иногда многочисленные) представления, в то время как для других представлений доступ в сознание совершенно закрыт.

В тех случаях, когда расстройства сознания напоминают собой

¹ Схема взята из статьи Б. Фингерта «К вопросу о построении научной психологии». Сборник «Основные течения современной психологии». ГИЗ, 1930 г.

состояния, бывающие у здорового человека во время засыпания, сна, пробуждения, говорят о сомнолции (состояние сонливости), просоночном (или сумеречном) сознании, сновидном сознании. При сомнолции, как это бывает, когда сильно хочется спать, до сознания доходят только сильные впечатления, слабые совершенно не воспринимаются. Когда эти явления более резко выражены, имеется некоторое расстройство ориентировки во времени, пространстве, окружающем (но не в сознании «я», которое сохранено), говорят об оглушенности. *Просоночное или сумеречное состояние сознания* напоминает собой те состояния, которые бывают у здорового, внезапно разбуженного ночью человека. В момент просыпания у одних людей (бывает чаще) очень недлительно, у других более длительное время бывает такой период, когда человек еще не совсем пришел в себя: сознание «я» возвратилось, но ориентировка в месте, времени, окружающем еще отсутствует. Нередко эту ориентировку затрудняют еще обрывки, остатки только что виденных сновидений. Сознание туманно, неясно, как бывает в сумерки (отсюда другое название этого расстройства — сумеречное состояние сознания), когда знакомые предметы теряют свое очертание, кажутся другими (иллюзорное восприятие). У психически больных это состояние сознания длится не один короткий момент, как у здорового человека спресонок, а более длительное время. *Сновидное состояние сознания* характеризуется тем, что, как это бывает у здоровых во сне, сочетается реальность с фантастикой, невероятность, несовместимость фактов (животные разговаривают, деревья двигаются и пр.) не кажется странной, способность логического мышления отсутствует, критического отношения к происходящему нет; сознание «я», представление о времени, пространстве отсутствуют. Восприятия внешнего мира, доходящие до сознания, преподносятся ему в извращенном фантастическом виде. *Делириозное (бредовое) состояние сознания*, обычно кратковременное (чаще во время инфекционных заболеваний) характеризуется массовым наплывом галлюцинаций, сознание своего «я» нередко сохранено, но ориентировка во времени, пространстве, окружающем обычно резко нарушена.

Наиболее глубокие расстройства сознания — ступорозное и коматозное. При *коматозном состоянии сознания* — резко расстроено сознание своего «я», внешние раздражители, как бы сильны они ни были, совершенно не доходят до сознания больного: при резком уколе не отдергивает руку, не смыкает глаз при раздражениях конъюнктивы и т. д. Если при таком состоянии у больного на резкие внешние раздражители все же получается защитная реакция, говорят о *ступорозном состоянии*.

К кратковременным расстройствам сознания относятся малые припадки (*petit mal*), длящиеся несколько секунд, а также обмороки.

В противоположность бреду расстройства сознания у детей встречаются сравнительно чаще. Уже на втором году жизни у ребенка должно быть отличие своего «я» от окружающего. Если отмечается запаздывание сознания «я», то можно думать о задержке интеллектуального развития. Довольно часто расстройства сознания у детей наблюдаются при инфекционных заболеваниях; у детей невротиков и психопатов это случается даже при нерезких повышениях темпера-

туры. Расстройства сознания — обычное явление при эпилептических припадках. Расстройство сознания в виде сомнамбулизма, снохождения, по сравнению со взрослыми, является также довольно частым у детей.

СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ.

Описание отдельных симптомов психических расстройств с достаточной убедительностью говорит об их многообразии, а следовательно и о многообразии клинических картин, в которых эти симптомы дают то более сложные, то более простые сочетания. Когда симптомы имеют тенденцию складываться в более или менее однородную картину, так что вся группа приобретает известное единство, говорят о комплексе симптомов (симптомокомплекс).

Раньше симптомокомплексы описывались как самостоятельные заболевания (например мания, меланхолия, ипохондрия, делириозное состояние и т. д.), в настоящее время (после общепринятой нозологической классификации, см. стр. 60) эта роль ими утрачена. Группировка болезней, основанная на нозологическом принципе, с достаточной убедительностью показала, что одни и те же симптомы могут встречаться при различных заболеваниях; с другой стороны, одна и та же болезнь у различных людей (при различии в конституции, неоднородной локализации процесса и пр.) может дебютировать неодинаковыми симптомами.

Когда симптомокомплексы усложняются, ближе подходят к картине болезни, говорят о синдромах. Например, маниакальный синдром характеризуется повышенным настроением, ускорением течения идей и двигательным возбуждением, выражающимся в повышенном стремлении к деятельности (*Beschäftigungsdrang*). Депрессивный синдром, в противоположность маниакальному, характеризуется длительным немотивированным пониженным, подавленным настроением, заторможением мышления и моторики (*Hemmung*). Олигофазический симптомокомплекс, описанный А. Б е р н ш т е й н о м, заключается в том, что больной узнает показанный ему предмет, но не может вспомнить его названия; если подсказать нужное ему название, то он тотчас же с полным удовлетворением его повторяет; наоборот, когда название предмета подсказывают неправильно, то больной или вовсе его не повторяет или делает отрицательный жест. Перечисленными симптомокомплексами и синдромами не исчерпывается их многообразие, мы их привели лишь в качестве иллюстрации; более подробное перечисление и описание их будут даны в специальной части.

IV. ПАТОПЛАСТИКА, ТЕЧЕНИЕ, ИСХОД И ПРОГНОЗ ПСИХИЧЕСКИХ УКЛОНЕНИЙ У ДЕТЕЙ.

Патопластика (внешние проявления болезненного состояния, симптомы болезни) психических отклонений у детей и у взрослых часто бывает весьма различной. Недоразвитие анатомо-физиологических механизмов, бедность содержания психики (отсутствие опыта, навыков, знаний), своеобразие несформировавшегося интеллекта, свой-

ственные им особенности эмоционально-волевой сферы (живость, неустойчивость эмоций, повышенная внушаемость и т. д.), неоформившийся характер — все это вместе взятое накладывает на симптоматику психических уклонений у детей своеобразный отпечаток. Сплошь и рядом эта симптоматика, этот рисунок не блещет красками, бледен, расплывчат, неотчетлив, смазан, что подчас делает диагностику этих случаев весьма затруднительной. Например, при юношеском прогрессивном параличе психические симптомы заболевания (в частности бред) нередко бывают настолько неотчетливо выражены, что вся картина болезни сводится лишь к постепенному запустению, оскудению психики, к постепенно нарастающему слабоумию (дементности). Или другой пример, когда ребенок с выраженными эпилептическими припадками не обнаруживает никаких особенностей характера, зачастую наблюдающихся при этой болезни у взрослых, да нередко и сами припадки, прежде чем они станут вполне выраженными, носят более или менее длительное время атипичский характер.

Известное влияние на патопластику оказывают и те возрастные периоды, в которые наблюдаются кризисы в развитии ребенка. Эти кризисы обусловлены как ходом биологического развития (преимущественно сдвиги в деятельности эндокринного аппарата), так не в меньшей мере и социальными моментами — приспособление организма сообразно возрасту к новым условиям среды (например помощь в хозяйстве, от которой ребенок до этого был избавлен по малолетству, начало школьного обучения, систематический труд и т. д.). В критические годы иногда заостряются отрицательные черты характера ребенка, что может подать повод к подозрению у него начала психического заболевания. Кризис в развитии ребенка, наблюдаемый в конце дошкольного возраста (6—7 лет), когда у некоторых детей отмечается нарушение сна, упрямство, раздражительность, капризность, заикание, тиковые подергивания и т. д., в некоторых случаях дает повод для неправильного диагноза хореи, а иногда (при повышенной агрессивности, злобности, взрывчатости ребенка) — эпилептоидной психопатии или даже эпилепсии. Пубертатный период, протекающий иногда с явлениями своеобразной «схизоидизации личности», также может дать повод к ошибочному диагнозу схизофрении. Умение отличить в детском возрасте временные психические уклонения, сигнализирующие лишь рост организма, от действительных симптомов надвигающегося психического заболевания возможно лишь путем тщательного изучения личности ребенка с ее сложно переплетающимися взаимоотношениями со средой. С другой стороны, когда эпилепсия, схизофрения, хорея и другие заболевания начинаются в критические годы развития ребенка (а начало этих болезней как раз нередко приходится именно на эти годы), то патопластика их, в связи с обострением черт характера, иногда крайне резко отличается от той, которая наблюдается у детей при аналогичных психических заболеваниях, начавшихся не в критические периоды развития ребенка. В дальнейшем, по прошествии критического периода, когда исчезают, бледнеют некоторые симптомы, это дает повод к неправильному истолкованию улучшения течения болезни. Когда ранее заболевший ребенок вступает в тот или иной критический период возрастного развития, то появление новых симптомов,

свойственных этому периоду, также иногда неправильно рассматривается в смысле ухудшения течения болезни.

Что касается *течения* отдельных болезней, то в зависимости от формы заболевания оно может быть или длительным, хроническим, или временным. Нередко в течении болезни существуют послабления (ремиссии), когда больной является практически более или менее приспособленным к окружающим условиям. По сравнению со взрослыми течение отдельных болезней у детей бывает иногда более длительным или, наоборот, более коротким. Например, заболевание прогрессивным параличом протекает у детей более медленно; реактивные состояния более коротки, но сравнительно чаще рецидивируют (повторяются).

Исходные состояния некоторых болезней у детей нередко значительно отличаются от исходных состояний при аналогичных заболеваниях у взрослых. В детском возрасте, когда организм еще не достиг своего развития, болезнь инвалидизирует значительно сильнее, нередко приостанавливая дальнейший рост развития, что впоследствии иногда крайне затрудняет приспособление таких детей к жизни. Как на иллюстрацию к сказанному, можно сослаться на те последствия, которые наблюдаются у детей после менингита, энцефалита различной этиологии, когда наряду с психической задержкой или без нее наблюдаются своеобразные изменения характера, часто напоминающие картину тяжелых психопатических состояний. В отдельных случаях шизофрении в исходном состоянии дает у детей картину, сближающую ее с олигофренией. В практике больниц сравнительно нередки случаи, когда ребенку, перенесшему шизофрению, при отсутствии анамнеза, ставили диагноз олигофрении и только дальнейшие наблюдения изменяли ошибочный диагноз. Нередко психическое заболевание, кончающееся полным выздоровлением, но длительное по течению, изолирует ребенка на продолжительный срок от детского коллектива, лишает его обычных для его возраста занятий, развлечений, игр, что, все вместе взятое, отражается на его развитии (задержка развития, замедленный темп развития, педагогическая запущенность).

Если по сравнению со взрослыми психические болезни сильнее инвалидизируют ребенка, то зато у детей, благодаря большей пластичности организма, имеются и большие возможности компенсации, что всегда необходимо учитывать при оценке исходного состояния. В практике известны случаи, когда ребенок после перенесенного менинго-энцефалита вначале обнаруживает значительную умственную отсталость, которая со временем более или менее выравнивается. Сказанное особенно относится к изменениям (после менинго-энцефалитов различной этиологии) характера ребенка, иногда с течением времени значительно выравнивающегося. Поэтому *при прогнозе* (предсказании) всегда следует иметь в виду не только величину дефекта от перенесенного заболевания, но также и те возможности организма, благодаря которым возможна в той или иной степени компенсация этого дефекта. Возможность подобной компенсации значительно лучше изучена в отношении олигофрении, с которой психиатрическая клиника познакомилась за много лет до того, когда впервые в ее поле зрения стали попадать и другие психические забо-

левания детского возраста. До второй половины XVIII в. врачам была известна лишь только одна форма психического расстройства в детском возрасте: врожденная или приобретенная психическая слабость, которая подразделялась на эндемическое слабоумие (кретинизм) и спорадическое слабоумие (идиотия). Возможность психического расстройства у ребенка попросту отрицалась, так как полагали, что психоз может развиваться лишь у взрослого человека, «изведавшего трудности жизни и роковое влияние страстей», в то время как элементарность и сравнительная простота мозговых актов вполне гарантирует ребенка от психических болезней. В дальнейшем клиника, замыкаясь в узкие рамки, шла по пути накопления казуистического материала и терапии отдельных случаев детских психозов. Лишь в самое последнее время она выходит в гущу жизни, на широкую дорогу изучения и коррекции так называемых пограничных состояний и рационального лечения психических заболеваний. Современные успехи психопрофилактики, лечения и лечебно-педагогического воздействия при различных психических отклонениях дают возможность говорить в настоящее время в целом ряде случаев о более благоприятном прогнозе, чем это было раньше, когда большинство психических отклонений считалось совсем неподдающимся коррекции.

V. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.

В основе нозологической классификации на ряду с другими моментами (этиологией, патогенезом, симптоматологией, течением и исходом болезни) имеет свое определенное место и патологическая анатомия.

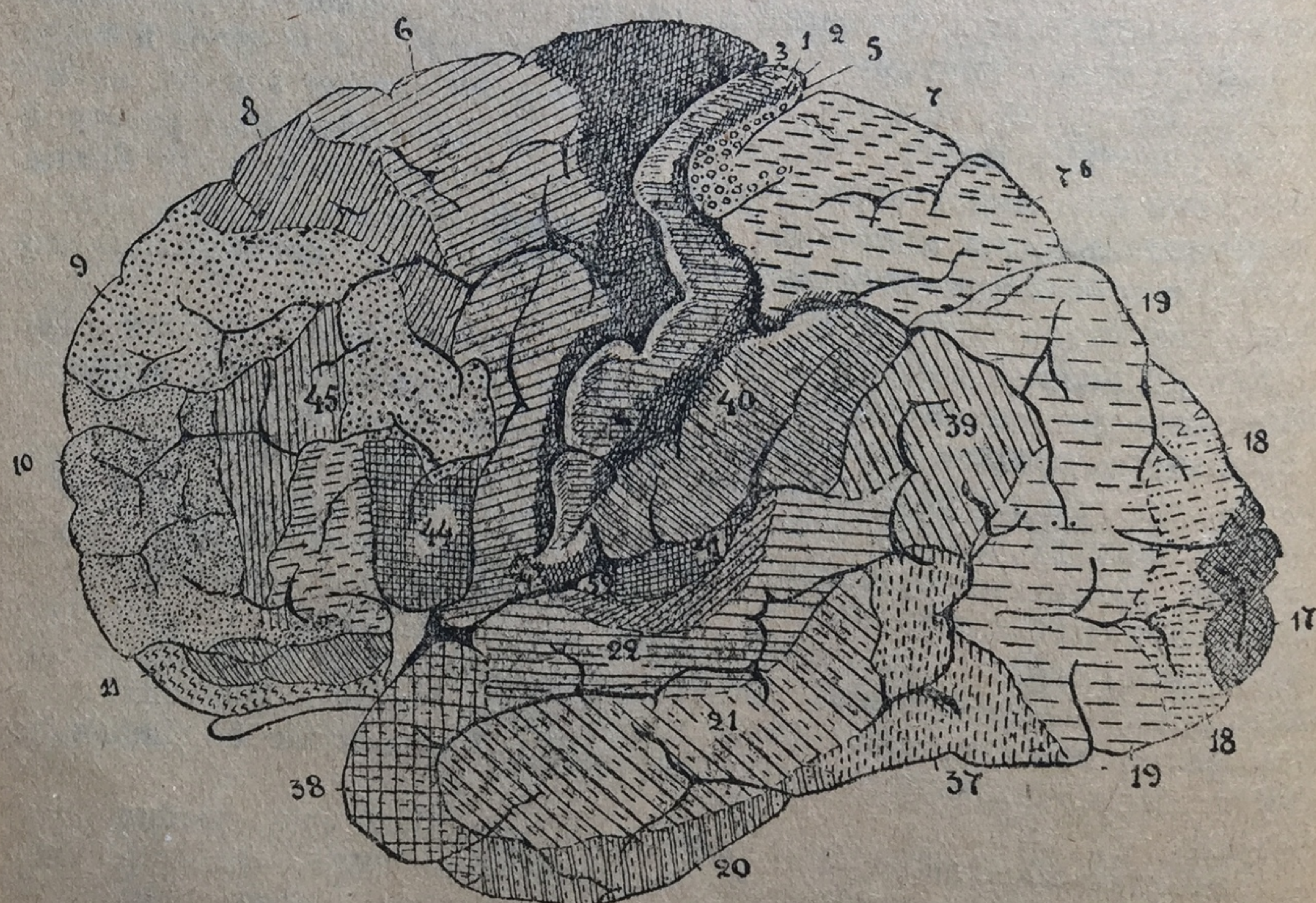
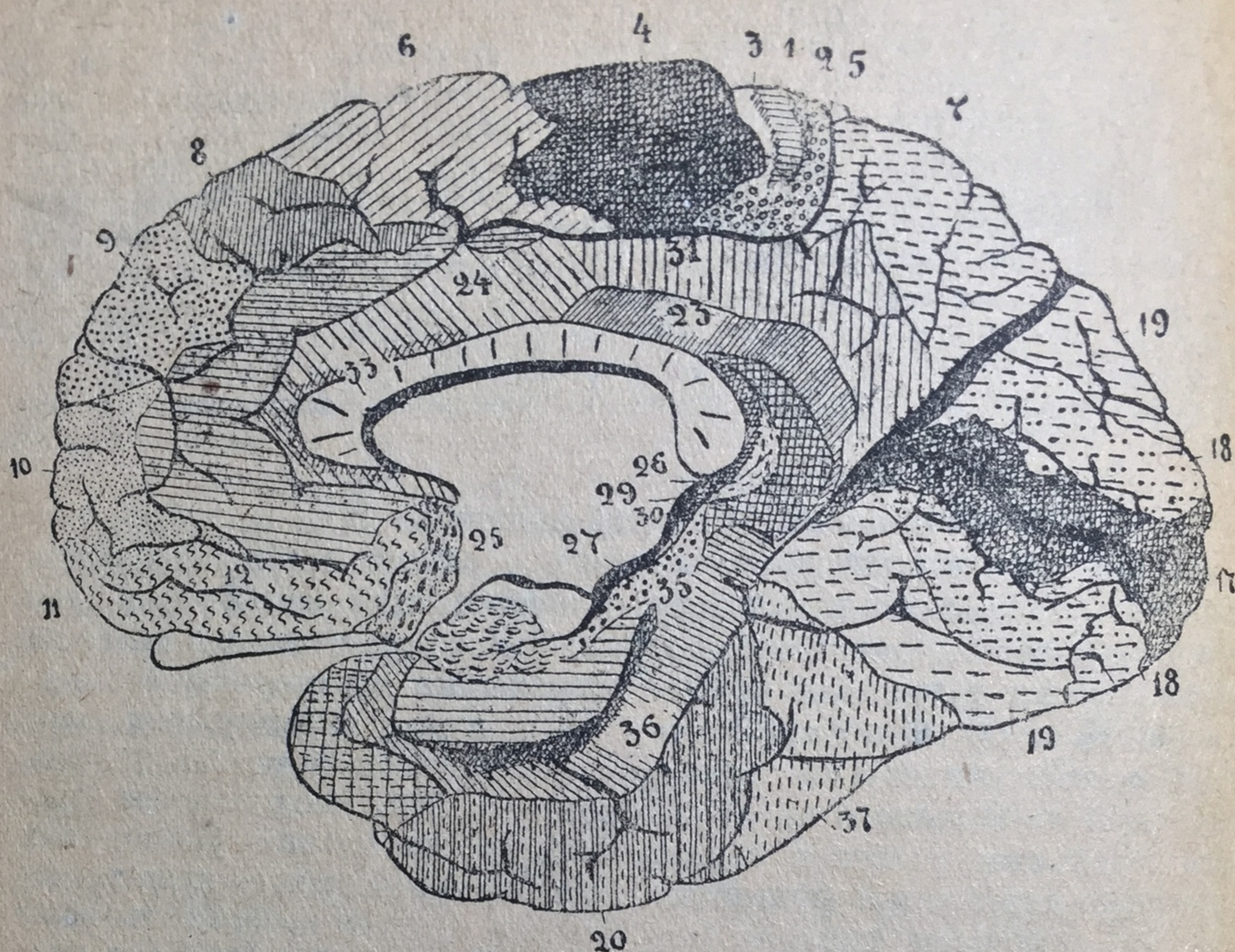
Систематические вскрытия мозга психических больных, начатые в XVIII в., обнаружили, что при некоторых психических болезнях в мозгу находятся более или менее постоянные изменения. На ряду с изменениями мозга, которые, как было подтверждено впоследствии, действительно обуславливали те или иные психические расстройства, большое значение приписывалось в то время также и случайным находкам, случайным патолого-анатомическим изменениям мозга. Одна из первых попыток локализовать отдельные психические способности, связать их с определенными участками мозга принадлежит Галлю (конец XVIII — начало XIX в.). Галль, на основании изучения большого количества черепов людей и животных, а также и их мозгов, пришел к мысли, что особенно сильное развитие тех или иных психических особенностей вызывает чрезмерное развитие определенной части мозга, в свою очередь, чрезвычайно развитый мозг, давя на черепную крышку, изменяет форму черепа. Таким образом, изучая на черепе западения и бугры, можно сделать заключение о психических способностях, об особенностях характера того или иного субъекта. Это учение, названное френологией (от греческого *φρεν* — разум, *логос* — учение), сохранилось еще в некоторых кругах публики, когда, например, говорят о математических шишках на лбу и пр.), подверглось резким нападкам еще при жизни Галля. Общепринятой точкой зрения, нашедшей своего выразителя в лице Флуранса, была та, которая признавала равноценность для нервно-психической деятельности всех участков мозга. Первые сомнения в правильности взглядов Флуранса посеял Брока, указавший на существование центра речи. Работы Фритча и Гитцига (вторая половина XIX в.) с раздражением электрическим током коры в корне опровергли взгляды Флуранса. В связи с этим начинают говорить об очаговых симптомах, т.-е. о соответствующих центрах, очагах, при нарушении, заболевании которых расстраиваются, выпадают те или иные функции. Благодаря

успехам анатомии и физиологии того времени Мейнерт строит учение о психозах как о болезнях головного мозга, состоящего из двух более или менее независимых одна от другой частей: переднего мозга или полушарий и подкорковых центров. С подкорковыми центрами он связывает более или менее простые признаки психических расстройств (иллюзии, галлюцинации). Эта точка зрения Мейнерта привела к одностороннему пониманию психических болезней — исключительно как заболеваний мозга. Грингер — современник Мейнерта — значительно шире и правильнее расценивал сущность психоза, считая важным для его происхождения не только изменения в мозгу, но и во всем организме. Современная точка зрения очень близка к той, которая была высказана Грингером: только высоко организованной материи (нервной системе) свойственно качество психического, но источники раздражения психики лежат не только в нервной системе, но и во всем организме; нередко в мозгу находится преимущественная локализация изменений процессов, затрагивающих весь организм.

Успешно начатое в начале второй половины XIX в. учение о локализации психической деятельности продолжалось и в дальнейшем. Флексиг высказал гипотезу о локализации психической деятельности в ассоциационных центрах. Эта гипотеза лишь в самое последнее время встретила резкие возражения со стороны Бродмана, Ц. и О. Фогт, Экономо и др., выдвинувших положение о неодинаковом строении различных участков мозговой коры, состоящей из большого числа центров — полей. Неодинаковое строение отдельных участков свидетельствует, по мнению упомянутых авторов, о различии в функциях. Для более наглядного представления мы помещаем рисунок (стр. 54), на котором изображены поля Бродмана. Необходимо помнить, что анатомической почвой для различных психических функций является не одно какое-нибудь отдельное поле, а целые системы, состоящие из нескольких центров и соединяющих их путей; эти центры находятся не только в коре, но и в других участках мозга. Так например, при двигательных расстройствах речи еще недостаточно установить, что поражен центр Брока; в действительности моторная речь связана с более сложным механизмом, в состав которого помимо центра Брока входят также п. саудатус (хвостатое тело) и мозжечек.

Как ни велики достижения последнего времени в анатомии и физиологии нервной системы, все же следует признать, что вопрос о локализации психических функций и до настоящего времени остается еще во многом не разрешенным. Некоторые авторы (Ясперс, Гоше, Кронфельд и др.), придерживающиеся крайней точки зрения в этом вопросе, называют существующие объяснения локализации психических функций «мифологией мозга». Эти крайние высказывания, подчас огульно отрицающие даже неоспоримые положения, нельзя признать правильными, как нельзя согласиться и с теми авторами, которые, резко переоценивая достигнутые успехи в учении о локализации психических функций, делают малообоснованные обобщающие выводы.

Патолого-анатомические изменения при психозах весьма различны (аномалии развития нервной ткани, разрушения или изменения ее и пр.). При описании отдельных психических уклонений будем подробно говорить и о той патолого-анатомической картине, которая наблюдается при том или ином психозе. Следует иметь в виду, что патолого-анатомические исследования мозга психически



Агеа (поля) по Бродману.

больных детей насчитывают сравнительно немного времени, а потому указать различия в картине изменений, наблюдаемых у детей и у взрослых в целом ряде случаев, пока еще невозможно. В одних случаях отмечаются патолого-анатомические изменения, свойственные только этим заболеваниям, в других случаях также отмечаются патолого-анатомические изменения, не являющиеся, однако, специфическими для данных психозов, так как они встречаются и при других психических расстройствах; наконец, в третьих случаях патолого-анатомические изменения мозга вовсе не обнаруживаются. В этих последних случаях также имеются изменения, отклонения в строении нервной ткани, но более тонкие, малозаметные, в силу чего современные способы исследования пока не в состоянии их обнаружить.

При патолого-анатомических исследованиях нельзя ограничиваться исследованием одного только мозга, так как психические заболевания связаны с изменениями всего организма. Здесь особенно полезно напомнить о роли экзогенных и эндогенных факторов в этиологии психозов, чтобы яснее стала необходимость патолого-анатомического исследования внутренних органов (в особенности сосудисто-сердечной системы), а также и эндокринного аппарата. Необходимым также является исследование строения тела, отдельных его частей; в особенности важны изменения со стороны черепа (резкое утолщение костей или, наоборот, истончение их, преждевременное срастание швов и пр.). Только подробное патолого-анатомическое исследование бывает в состоянии в ряде случаев (но не всегда) пролить свет на наблюдавшуюся при жизни больного клиническую картину.

VI. МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА И ПОДРОСТКА.

Изучение психически больного ребенка и подростка покоится на целостном изучении личности, находящейся в определенных взаимоотношениях со средой.

Ознакомление с личностью испытуемого обыкновенно начинается с *анамнеза* — выяснения предшествующих психическому отклонению обстоятельств. Анамнез собирается как путем расспроса родителей, при отсутствии их — лиц, близко знающих испытуемого (объективный анамнез), так и путем расспроса самого испытуемого (субъективный анамнез, аутоанамнез). Иногда собиранию аутоанамнеза препятствует психическое состояние больного (затемненное сознание, бред, резкое психомоторное возбуждение и т. д.); в таких случаях или совершенно отказываются от аутоанамнеза или выжидают изменения к лучшему в состоянии больного. Здесь мы не будем касаться подробностей собирания анамнеза, остановимся лишь на отдельных узловых пунктах. Помимо общих сведений о ребенке и его семье (возраст, пол, национальность испытуемого, семейное положение родителей, их занятие и материальное положение, состав семьи и пр.), с самого же начала подробно расспрашивают о причинах, мотивах направления ребенка на исследование. Обыкновенно принято

начинать расспрос с наследственности, цель расспроса — установить наличие или отсутствие отягощения. При расспросе о наследственности необходимо спрашивать не только о выраженных психических и нервных болезнях у родственников, но также и о патологических особенностях их характера, которыми нередко выявляется скрытое предрасположение к той или иной болезни. Часто на прямо поставленный вопрос о характере отца или матери следует стереотипный ответ: «нервный». Мы рекомендуем не прямо ставить вопрос о характере, а расспрашивать, как проявляет себя данное лицо в той или иной ситуации. Например, как держит себя при неприятностях, при удачах, в чем внешне проявляются огорчение, радость, каков в работе, в отношениях с посторонними людьми, близкими, поднимается или опускается по социальной лестнице и пр. На ряду с наследственностью также необходимо очень подробно расспросить о различных экзогенных и эндогенных факторах, играющих весьма выдающуюся роль в этиологии психических уклонений. Особенно следует помнить о роли сифилиса и алкоголизма. Необходимо установить возраст родителей при зачатии, состояние их здоровья, количество беременностей у матери, кончившихся срочными родами, количество выкидышей, мертворожденных. Поздние выкидыши чаще (но не обязательно) указывают на заражение матери сифилисом. Об этом же до известной степени говорят и мертворождения. Иногда отсутствие в течение длительного срока детей, хотя и не предпринимаются никакие меры для предотвращения беременности, также может говорить за сифилис. Правда, здесь возможны и различные заболевания матери, которые, со временем улучшаясь, не препятствуют в дальнейшем беременности; возможно также половое бессилие отца. В последнем случае ребенок родится от другого отца, а потому старые врачи при собирании анамнеза советовали помнить, что «мать—известна, отец—всегда неизвестен» (*mater—certa, pater—semper incertus est*). При расспросе также следует подробно остановиться на тех условиях, в которых протекали беременность и роды: не предпринимались ли меры к прерыву беременности, не было ли во время беременности истощающих вредностей, переутомления, тяжелой физической работы, болезней, физических и психических травм и пр., своевременны ли были роды, осложнения во время и после них, наложение щипцов, временное удушье (асфиксия) ребенка и т. д.

После расспросов о наследственности и условиях эмбрионального развития переходят к истории развития физического и психического состояния ребенка. Лучше всего разбить историю развития ребенка на отдельные периоды: период вскармливания, младенческий период от 1—3 лет, дошкольный возраст от 3 до 7 лет, первые школьные годы от 7 до 10 лет, предпубертатный период от 11 до 13—14 лет, пубертатный период. О каждом периоде расспрашивают подробно, фиксируя внимание на критических годах развития. При расспросе о физическом состоянии наиболее важными являются вопросы о вскармливании грудью, прикорме, времени начала держания головы, сидения, прорезывания зубов, начала ходьбы и других особенностей моторики. Крайне важно установить время начала речи и дальнейшего ход ее развития. Отмечается также время приучения ребенка к опрятности. Подробно расспрашивают о всех заболеваниях, перене-

сенных ребенком с момента рождения до времени настоящего обследования, отмечая все осложнения, сопровождавшие то или иное заболевание. Уделяют также внимание расспросу о сне, аппетите ребенка, а также его субъективным жалобам (головная боль, усталость, скука и т. д.). Следует особенно подчеркнуть необходимость при расспросе обращать внимание на наличие или отсутствие судорожных припадков и снохождение.

При расспросе о психическом состоянии подробно выясняют ход умственного развития. Тщательно анализируют кривую работоспособности ребенка, останавливаясь на выяснении причин ее подъемов или западений. При расспросе о работоспособности интересуются темпом работы, способностью к длительному напряжению, эффективностью; отмечают особые способности и дарования ребенка. Не менее важным является также установление путем расспроса особенностей психомоторики (чрезмерная подвижность, заторможенность, ловкость, неуклюжесть движений и т. д.). Значительное внимание уделяется расспросу об эмоциональной сфере ребенка, проявлениях ребенка во-вне (настроение, эмоциональная живость или притупленность, сила и продолжительность аффектов, способ их отреагирования и пр.). В результате расспроса крайне важно установить, не произошло ли сдвигов, переломов в поведении ребенка, когда они начались, в чем проявлялись, были ли постоянными, временными, ухудшаются, улучшаются, нарастают, какие меры предпринимались для их изживания, каковы наиболее возможные причины, их обусловившие, и пр. Расспрашивать только о физическом и психическом развитии ребенка и не учитывать при этом конкретной обстановки, в которой формировалась его личность, само собой разумеется, было бы неправильно, а потому параллельно с расспросом о развитии собирается и *социальный анамнез*, затрагивающий как прошлое, так и настоящее испытываемого. Расспрашивают о районе и доме, в котором живет ребенок, отмечая моменты, могущие иметь на него отрицательное влияние. Подробно выясняют жилищные условия в прошлом и настоящем, гигиенический режим ребенка, условия его сна, питания. Выясняют культурный уровень и досуг семьи ребенка, ее отношение к религии, социально-классовую принадлежность, трудовую и общественную направленность. Интересуются также семейными взаимоотношениями и формой воспитания ребенка (в частности, его трудовое воспитание, меры воздействия, применяемые в семье), его досугом, бытом.

Если ребенок находился или находится в детучреждении, то обязательно требуют представления на него педагогической характеристики. Характеристика должна прежде всего обрисовать общими чертами класс, группу, в которой находится ребенок (количественный состав, общий уровень развития, состояние трудовой дисциплины, внешняя обстановка в смысле помещения, наличия учебных, вспомогательных для занятий пособий и пр., количество трудных детей). Характеристика самого ребенка прежде всего не должна быть, как это случается, «обвинительным актом», перечисляющим только проступки ребенка, отмечающим только отрицательные стороны его личности. В характеристике обязательно должна занять выдающееся место положительная обрисовка ребенка. В характеристике отмечается

общий уровень развития ребенка, успеваемость его в отдельных навыках, поведение при учебной работе в классе, в рабочих комнатах, на перемене (общая рабочая установка, организованность в работе, устойчивость, коллективизм в работе.). Обязательно отмечается социально-политическая направленность ребенка: отношение к текущим политическим событиям и классовой борьбе, отношение к религии, национализм и интернационализм, отношение к пионерорганизации, к общественной работе и т. д. Особенности характера ребенка, его положительные стороны и дефекты поведения описываются подробно, сопровождаясь примерами, иллюстрирующими тот или иной момент. Крайне важно отметить момент, когда стали отмечаться особенности поведения, характера, постоянны они или временны, ухудшаются или улучшаются, какие меры предпринимались для их коррекции, какие результаты при этом были получены.

Вслед за анамнезом обычно приступают к *физическому исследованию*, производя подробную антропометрию (измерение роста, веса, окружности груди и пр.), соматоскопию (описание отдельных телесных признаков и телосложения в целом), имеющими целью выявить общее физическое развитие, состояние питания, тип телосложения, конституциональные особенности ребенка. Соматическое обследование ребенка складывается из исследования железистого аппарата, внутренних органов; неврологическое исследование захватывает органы чувств, состояние черепно-мозговых нервов, состояние моторных функций, включая сюда акинезы (параличи, парезы и пр.) и гиперкинезы (судороги, тики и т. д.). При исследовании эндокринно-вегетативного аппарата обращают внимание на дермографизм, игру вазомоторов, цианоз, потливость, расстройство питания мышц, кожи, отложения жира и пр. В ряде случаев эти исследования дополняются различными лабораторными данными и данными других специалистов (исследования кала, мочи, крови, цереброспинальной жидкости, рентгеновское исследование, исследование дна глаза и пр.).

Исследование интеллекта производится с помощью различных тестов (Бине, Россомо и пр.), имеющих относительную диагностическую ценность, и притом только на ряду с другими данными исследования, а не взятые сами по себе. В амбулаторных условиях *суждение о психическом состоянии* ребенка основывается как на ранее полученных путем расспроса данных, так и на основании беседы с ребенком и наблюдения за особенностями его поведения: внешний вид, реакция на приход в кабинет, поведение в комнате ожидания, ориентировка в окружающем, отношение к обследованию, контактность, замкнутость, психомоторные проявления, реакция при уходе и пр.

В клинической обстановке психическое состояние ребенка изучается путем наблюдения в различные отрезки времени (подробные дневники, сплошные записи поведения), а также путем специально поставленных экспериментов (разнообразные исследования интеллекта, эмоциональной сферы, психомоторики). Назначение различных лечебно-педагогических мероприятий с учетом их эффективности также оказывает помощь в суждении о психическом состоянии ребенка.

По окончании обследования составляется подробное заключение,

в котором оттеняются особенности (положительные и отрицательные) личности ребенка, необходимые в дальнейшем лечебно-педагогические мероприятия, опасные моменты, могущие повлечь за собой ухудшение состояния и пр. Только тогда данные исследования и наблюдения будут иметь действительную ценность, когда о ребенке в дальнейшем будут собираться подробные сведения (*катамнез*). К сожалению, и до последнего времени катамнезу уделяется сравнительно мало внимания, в силу чего подчас бывает совершенно невозможно судить о правильности диагностики и целесообразности назначенных лечебно-педагогических мероприятий.

VII. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ УКЛОНЕНИЙ.

Изучению отдельных форм психических уклонений у детей необходимо предпослать краткие сведения о принятой в настоящее время классификации психических болезней.

До Крепелина придерживались *симптоматологической классификации*, т.-е. почти каждый симптом рассматривали как самостоятельную болезнь, в силу чего в клиническом обиходе было бесконечное количество разнообразных «болезней». Например, в работе Трела (1861 г.) о «светлом помешательстве» (*Folie lucide*) в обширный класс «полупомешанных» входят: эротоманы, растратчики и авантюристы, клептоманы (непреодолимое влечение к воровству), дипсоманы (непреодолимое влечение к алкоголю, запойные пьяницы), самоубийцы, патологические ленивцы и пр. В классификации Крафт-Эбинга (1890 г.) идея вырождения (дегенерации) служит одним из руководящих начал всей этой системы, а симптоматологическая точка зрения — способом обрисовки клинических картин. Крепелин, учитывая, что симптоматологическая классификация является лишь моментальной фотографией состояния больного и ни в какой степени не отражает динамики и генетической структуры психоза, предложил (1896 г.) *нозологическую классификацию*, удержавшуюся до настоящего времени. В основу этой классификации положен учет совокупности данных (этиология, симптоматология, течение, исход и патологическая анатомия), полученных путем всестороннего исследования и клинического наблюдения больного. Самое название классификации «нозологическая» (от *nosos* — болезнь) иногда вызывает сомнения в том отношении, что для обозначения болезни в медицине принят и другой термин — *pathos* (болезнь). Под *nosos* понимают болезнь, как процесс, динамическое состояние, под *pathos* — болезненное состояние, более или менее стационарное, возникающее или в результате болезни или являющееся аномалией развития. Без сомнения, нозологическая классификация имеет ряд недостатков, уязвимых мест (например, не для всех болезней ясна этиология, при некоторых болезнях не обнаруживается патолого-анатомический субстрат), но все же при всем этом для настоящего момента нозологическая классификация является наиболее обоснованной и выдержанной.

Специальную часть мы начинаем с описания олигофрении, так как она: 1) в педагогической практике имеет большое значение, 2) изучена сравнительно несколько лучше других психических уклонений у детей, 3) симптомы ее более просты и распознавание менее

сложно, чем других форм заболевания, что, по нашему мнению, имеет большое практическое значение для постепенного втягивания слушателей в новый для них предмет — психопатологию детского возраста.¹

Состояния психического недоразвития (олигофрении).

Этиология. Под олигофренией понимают различные по этиологии и патогенезу, но сходные по внешним проявлениям формы врожденного или приобретенного в раннем детстве психического недоразвития. Общим признаком, объединяющим эти разнообразные формы, является непрогрессирующее, качественно своеобразное, разных степеней недоразвитие психики — малоумие (отсюда и термин олигофрении: *oligos* — малый и *phren* — ум). Принципиально к олигофрении следовало бы относить лишь случаи задержки развития вследствие унаследованных или врожденных причин, но практически часто трудно отграничить случаи психической задержки развития, связанные с поражением центральной нервной системы ребенка в первые месяцы или даже годы его жизни. Поэтому обыкновенно расширяют рамки олигофрении, включая сюда и приобретенную в течение первых лет жизни ребенка психическую недостаточность, так как подобные формы психической недостаточности имеют тот же общий признак (малоумие) с формами, унаследованными и врожденными.

Олигофрению (малоумие) следует отличать от дементности (слабоумия). Первый, установивший точное разграничение этих понятий, был Э с к и р о л ь, несколько перефразируя которого, можно сказать, что слабоумный — бывший богач, в настоящем разорившийся, малоумный — бедняк, с рождения терпящий нужду, но все же в течение жизни кое-что (в зависимости от степени психического недоразвития) приобретающий. Не менее удачно сравнение Г о х е (Носче): «Между врожденным и приобретенным слабоумием существует различие, как между постройкой незаконченной и постройкой, обрушившейся после окончания ее». Другими словами, когда психическая болезнь ослабумливает до этого здорового человека, то следует употреблять термин «дементность», (В зависимости от того, какая болезнь привела к слабоумию, название этой болезни употребляется в качестве прилагательного к термину «дементность»: эпилептическое слабоумие — эпилептическая дементность, шизофреническое слабоумие — шизофреническая дементность и т. д.).

Причины олигофрении весьма разнообразны. Правильная оценка этих причин стала возможной у нас лишь после Октябрьской революции, прямо и с исчерпывающей полнотой поставившей вопрос о социальной сущности болезней. До этого в психопатологии господствовали реакционные буржуазные теории, приписывающие не только решающую (но, пожалуй, и единственную) роль в этиологии оли-

¹ О процессах экзогенного происхождения в связи с интоксикацией (алкоголизм, морфинизм, кокаинизм), сравнительно редко встречающихся в педагогической практике, мы в специальной части не упоминаем. Что касается экзогенных повреждений мозга, то о них мы говорили в общей части, а потому здесь не будем подробно останавливаться, так как подобные повреждения также занимают сравнительно скромное место в педагогической практике, да и кроме того некоторые из них (опухоли, абсцесс головного мозга) требуют основательного знакомства с невропатологией.

гофрении наследственному отягощению. Наследственность при этом нередко понималась в смысле М о р е л я, реже М е н д е л я, так как роль особых генов в этиологии олигофрении даже этими теориями ставилась под большое сомнение. Основываясь на теории наследственного происхождения олигофрении, представляли все развитие человека как пассивное развертывание заложенных в его зародыше свойств. При этом экзогенно вредно действующие факторы или учитывались формально, или же совершенно игнорировались, в силу чего олигофрения рассматривалась исключительно как явление узко биологического, а не социального порядка.

Если эти буржуазные теории в таком неприкрытом виде уже утратили у нас свое значение, то все же влияние их еще продолжает сказываться и до настоящего времени, когда они, хотя и в сильно завуалированном виде, проскальзывают иногда в высказываниях, печатных работах того или иного автора.

Взяв за скобки эти единичные ошибочные высказывания, современную точку зрения советских ученых на этиологию олигофрении можно сформулировать следующим образом: все многообразие причин олигофрении в подавляющем проценте случаев можно свести к повреждению зачатка вредно подействовавшими на него факторами, или к позднейшим болезненным изменениям первоначально нормально заложенной нервной ткани. (В последнем случае эти изменения могут быть или во время внутриутробного периода, или в первые годы жизни ребенка.) Эта формулировка, акцентируя решающую роль экзогенных факторов в этиологии олигофрении, ни в какой степени целиком не отрицает роли наследственного отягощения, отводя ему свое место в известном, сравнительно весьма небольшом проценте случаев. Но и в этих последних случаях олигофрения должна рассматриваться не сама по себе, а в связи с социальной средой. Высказывая правильный взгляд на олигофрению как на социальную болезнь, некоторые авторы грешат тем, что не договаривают до конца, не вскрывают всех причин этого социального зла, не обнажают корней, питавшего его у нас капиталистического строя, не указывают на те многочисленные корешки наследия прошлого, с которыми нам еще известный срок придется иметь дело. Подобное замалчивание и недооценка социальных корней приводят к тому, что некоторые рассматривают олигофрению как явление скоро проходящее, целиком устранимое при наличии благоприятных для развития ребенка социально-экономических условий, в силу чего в советской действительности нет необходимости заострять вопрос ни о специальной школе, ни о специальных профилактических мероприятиях. Эти в корне ошибочные высказывания, затушевывая роль экзогенных факторов, разоружают в борьбе за здоровое поколение, снимают вопрос об олигофрении с повестки дня. Наоборот, к этому вопросу должно быть приковано внимание советской общественности, и активная работа по линии профилактики олигофрении и максимальной лечебно-педагогической коррекции умственно-отсталых детей должна занять видное место. Чтобы успешнее развернуть борьбу за здоровое поколение, необходимо хорошо знать «врага», в данном случае прежде всего причины, обуславливающие олигофрению.

Из этих причин на первом месте стоят сифилис и алкоголизм. При

серологическом изучении олигофренов WaR в крови дает положительные результаты в 10,0% (по некоторым авторам — Л и п м а н — до 13,0%)¹. Так как WaR при несомненно сифилитическом происхождении олигофрении все же получается отрицательной, то, суммируя серологические и клинические данные, можно утверждать, что сифилис в происхождении олигофрении играет выдающуюся роль (Липман, Крепелин считают, что количество случаев несомненно сифилитического происхождения олигофрении достигает 40,0%; этот процент мы считаем все же преувеличенным). Не меньшее значение в происхождении олигофрении принадлежит и алкоголю, что подтверждается всеми исследователями, хотя цифры алкогольного отягощения у различных авторов колеблются в широких пределах: от 11,0% до 53,0% и больше. Так, Б у р н е в и л л ь на 1000 случаев олигофренов (имбецилы и идиоты) установил, что в 471 случае отец был обычным алкоголиком, в 85 случаях алкоголичкой была мать, в 65 — оба родителя; в 57 случаях все данные говорят за то, что зачатие происходило в пьяном виде. Ряд авторов отмечает, что зачатие детей, совпадающее с моментами усиленного употребления алкоголя (например сбор винограда, длительные сельские праздники и пр.), дает нарастание олигофренов.

Роль туберкулезной инфекции родителей в происхождении олигофрении берется большинством авторов под сомнение; для данного момента можно считать доказанным лишь отрицательное влияние на плод резкого истощения родителей в связи с туберкулезом. Истощение родителей, какого бы происхождения оно ни было, различные инфекционные заболевания матери в период беременности, физические травмы, наносимые плоду, — все это вместе взятое может послужить в отдельных случаях этиологическим моментом для олигофрении. На что следует также обращать внимание — это на практикуемые всевозможные способы к прерыву беременности (хинин, ножные горячие ванны, спринцевания и т. п.); беременность обыкновенно этими способами не прерывается, а сплошь и рядом происходит повреждение плода и в результате — олигофрения. Тяжелые затяжные роды, наложение шипцов, связанное с травматизацией черепа (кровоизлияния, повреждения вещества мозга), перенесенные ребенком в первые месяцы или годы жизни заболевания мозга, мозговых оболочек — все эти моменты также могут являться причиной олигофрении. Поскольку причины олигофрении в основном обусловлены экзогенными факторами, на них и должно быть в первую очередь обращено внимание при профилактике заболевания, которое с полным правом должно быть названо социальной болезнью.

Степени олигофрении. Преимущественно на основании количественного понижения интеллекта олигофренов разделяют на идиотов, имбецилов и дебилов. Провести четкую границу между отдельными степенями олигофрении крайне трудно (например, отличить тяжелую дебилность от легкой имбецильности), так как они имеют постепенные переходы и, кроме того, у одного и того же больного разные области интеллекта могут стоять на различной высоте. Для определения умственной одаренности существует ряд экспери-

¹ В дальнейшем изложении мы реакцию Вассермана обозначаем сокращенно WaR.

ментально-психологических методов исследования (Бине, Россолимо и др.), диагностическая ценность которых часто сильно преувеличивается. В 1912 г. В. Штерн предложил удержавшийся до настоящего времени так называемый «коэффициент умственной одаренности», который получается из соотношения между умственным — I (полученным на основании исследования по тестам) и паспортным возрастом — Q , причем для удобства подсчета умственный возраст умножается на 100:
$$IQ = \frac{\text{умственный возраст} \times 100}{\text{паспортный возраст}}$$

Например, ребенок 10 лет, давший при экспериментальном исследовании отсталость от своего возраста на 3 года, будет иметь коэффициент умственного развития $\frac{7 \times 100}{10} = 70$. На основании коэффициента умственного

развития распределение олигофренов по степеням рисуется в следующем виде: IQ идиотов колеблется в пределах от 0 до 20, имбецилов — от 21 до 40 и дебилов — от 41 до 70 (Блонский). Другое распределение таково: IQ от 90 до 110 — норма, от 80 до 90 — субнорма, от 80 до 60 — дебильность, от 60 — 40 — имбецильность и ниже 40 — идиотизм (Грибоедов). В таком распределении олигофренов по IQ много искусственного, и признание олигофреном только на основании тестового исследования нередко приводит к грубейшим диагностическим ошибкам. По поводу исследования методом тестов Циген пишет, что этот метод (метод Бине) «благодаря своему удобству, к сожалению, получил распространение в Германии, но он не только с научной точки зрения непригоден и поверхностен, но и на практике приводит к ошибочным диагнозам».

Не отрицая значения тестового исследования, как одного из вспомогательных методов, имеющих к тому же весьма относительную ценность, мы предупреждаем против его кажущейся простоты (метод хорош только в руках специально обученных людей), против вынесения приговора об умственной отсталости ребенка только на основании одних исследований по тестам, как это, к сожалению, еще иногда практикуется и до настоящего времени. Для обоснованной диагностики олигофрении необходим учет совокупности данных всех свойств личности ребенка, личности, сформировавшейся в определенных социальных условиях, вне связи с которыми, искусственно отрывая ее от них, ее нельзя и рассматривать.

Другие авторы (Блейлер) в подразделении олигофрении по степеням придерживаются принципа социального приспособления личности: идиотия — «низкий уровень интеллекта, обуславливающий полную социальную непригодность», имбецил — «до известной степени передвижается в человеческом обществе и иногда даже совершает настоящую работу», дебил — может существовать самостоятельно в чрезвычайно простой обстановке, но «немедленно терпит крушение, как только к нему предъявляются даже средние требования». В этом определении учитывается лишь статическое состояние олигофрении и совершенно нет речи о динамике развития, хотя сам Блейлер указывает на нее. К сожалению, до настоящего времени вопрос о динамике развития олигофренов, хотя он и признается значительным большинством авторов, не нашел должного освещения в литературе, а потому и в нашем опи-

сании отдельных степеней олигофрении это будет также слабым мемурированным пониманием динамики развития, когда совершенно нетвердо думают, что при известных условиях олигофреника можно воспитательно-педагогическим подходом выровнять до нормы. Не в таком плане следует понимать динамику развития — это лишь максимальное использование всех возможных мозговых ресурсов олигофреника, исчерпывающая компенсация недочетов его психики, а не превращение его в нормального ребенка. (Если подобное выравнивание до нормы и случается в педагогической практике, то в таких случаях следовательно была поставлена неправильная диагностика олигофрении.)

В самых общих чертах мы здесь обрисовываем различные степени психического недоразвития. Наиболее тяжелая степень психического недоразвития — *идиотия* (от греческого *ἰδιος* — особенный, странный) — термин, по совершенно верному замечанию Эскироля, не является правильным ни грамматически, ни по своему содержанию. При идиотии отмечается настолько низкий уровень развития, что ребенок нуждается в постоянном уходе, постоянной помощи окружающих. Идиоты обыкновенно долго не учатся, или совсем не могут научиться выделять из окружающих близких им лиц: ребенок не узнает среди других людей свою мать. Они с трудом или совсем не ориентируются в пространстве: не могут запомнить своего места за столом, отыскать свою кровать и пр. Самые элементарные навыки у них отсутствуют: не могут самостоятельно есть, нередко тянут в рот несъедобные предметы, неопрятны — мочатся и испражняются под себя и т. д. Чужую речь совершенно не понимают, не понимают также мимику и жестикуюляцию: например, остаются спокойными при угрожающем жесте. Произвольная речь еще недоразвита: нередко это отдельные звуки или 2—3 слова; иногда однотонный протяжный или отрывистый крик является единственной речевой реакцией на приятные и неприятные раздражители. Одни из них апатичны, вялы, медлительны, другие раздражительны, злобны, крикливы, агрессивны. Двигательная сфера обыкновенно резко недоразвита: движения плохо координированы, много излишних сопровождающих движений (синкинезии), стереотипных движений (например часами раскачивание туловища из стороны в сторону), так называемых идиотских движений (*Idiotenbewegungen*). Выражение лица — тупое, мимика не дифференцирована (нередко отсутствуют плач и смех). При более легких степенях идиотии возможно наладить некоторый контакт, так как у них есть элементарное понимание несложных вопросов, они знают назначение простых вещей. Все же запас их представлений ничтожен, ограничивается исключительно конкретными вещами, крайне простыми действиями. Речь значительно недоразвита, крайне бедна по содержанию, грамматически неправильна.

Распознавание идиотии обыкновенно затруднений не представляет. Лечение в основном результатов пока не дает, за исключением некоторых олигофрений, связанных с заболеванием желез внутренней секреции (например кретины — недостаточность щитовидной железы), когда получают то более, то менее ощутимые результаты. При систематической педагогическо-воспитательской работе в целом

ряде случаев удастся приучить идиотов к элементарному самообслуживанию, простейшим трудовым навыкам. При невозможности осуществить надзор и обучение ребенка дома следует поместить его в специальное учреждение.

Имбецильность (in — без, bacillum — палка, не могущий обходиться без палки, т.-е. без поддержки, без посторонней помощи) является средней степенью психического недоразвития. Переходные состояния от легких степеней идиотии к тяжелой имбецильности крайне незаметны. Имбецилы отличаются от идиотов более развитой произвольной речью, в которой все же нередко встречаются дефекты произношения (шепелявость, картавость, недостаточная артикуляция, аграмматизм и пр.). В анамнезе часты указания на запаздывания начала речи. Активный запас слов крайне невелик, преимущественно состоит из слов повседневного обихода. Чужую речь, мимику, жесты, куляцию имбецилы понимают. К самостоятельному труду они обыкновенно не способны; если и могут работать, то по шаблону, причем даже и в этом случае должны работать под наблюдением других. Интеллект их недостаточно гибок, чтобы осмыслить новую, неизвестную им ситуацию, а потому они нуждаются в постоянных указаниях, руководстве. В более легких случаях могут вполне самостоятельно выполнять несложную работу, ориентируются в простейшей ситуации. Иногда (сравнительно редко), при очень низком интеллектуальном уровне, отмечается изолированное развитие отдельных способностей: известны имбецилы с абсолютным музыкальным слухом, хорошей памятью на даты, числа и т. п. Одни из них добродушны, трудолюбивы, услужливы (категория, на которой «воду возят»), другие злы, упрямые, ленивы, агрессивны. Влечения их преимущественно низшего органического порядка, чаще гастрические, нередко встречается упорный онанизм. При отсутствии надзора могут или самостоятельно, а нередко под влиянием окружающих, совершить то или иное правонарушение (воровство, поджог, убийство, растление малолетних). Двигательная сфера имбецилов часто недоразвита: движения плохо координированы, походка вразвалку, неуклюжая, отсутствует эластичность, грациозность. В анамнезе нередко указания на запаздывание начала ходьбы. Сравнительно часты случаи ночного недержания мочи. В известном проценте случаев встречается также левшество. *Распознавание* имбецильности затруднительно в тех случаях, когда ее приходится отличать от легких степеней идиотии или тяжелых степеней дебильности. Практически наиболее важно последнее, так как нередко при вспомогательных школах отсутствуют специальные классы для имбецилов и с подобным диагнозом легкий имбецил рискует остаться вне школы. Во всех сомнительных случаях легкой имбецильности при отсутствии для них специальных классов все же следует дать возможность ребенку попробовать свои силы в группное обучение, или помещение в специальное детучреждение. Там, где имеются классы для имбецилов, в них следует направлять имбецилов легкой, а в отдельных исключительных случаях и средней степени. Тяжелые имбецилы при отсутствии надзора и возможности обучения их в домашней обстановке должны направляться в специальные учреждения.

Легкая степень олигофрении — *дебильность* (*débile* — слабый, немощный, хилый): это дети, нуждающиеся для своего выращивания в более тепличной обстановке, чем их нормальные сверстники. Из этой тепличной обстановки они современем должны быть пересажены в жизнь, где многие из них удовлетворительно прививаются.

Дебильность одним полюсом соприкасается с имбецильностью, другим примыкает к норме, «разновидность которой (в легких случаях) она представляет, так как отклонения носят едва заметный характер» (Блейлер). В подобных случаях употребляют термин «низкая норма». Между этими полюсами существует ряд постепенных переходов, когда говорят о тяжелой, средней, легкой дебильности.¹

От нормального ребенка дебильный отличается пониженной способностью ориентировки в новой, более сложной ситуации, хотя по сравнению с имбецилом он уже более или менее умеет суммировать данные опыта и при случае их использовать. Критические способности средних и тяжелых дебилов невысоки, их суждения поверхностны и несамостоятельны, внимание неустойчивое, легко истощаемое. Память у дебилов (независимо от степени) сравнительно плохо развита: с трудом запоминают, легко и быстро забывают усвоенное, в отдельных случаях отмечается изощрение памяти. Особенности поведения, характер дебилов весьма разнообразны: многое зависит как от системы воспитания, наличия или отсутствия руководства и надзора, так и от степени развития аффектов и влечений. Все же, несколько обобщая, можно с практической целью разбить их на две большие группы, между которыми существует множество переходов. Первая группа характеризуется апатичностью, вялостью, незлобностью; иногда в числе дебилов этой группы встречаются чувствительные, плаксивые, привязчивые до назойливости субъекты. Вторая группа характеризуется возбудимостью, неустойчивостью, несдержанностью, раздражительностью. Иногда среди детей этой группы можно встретить злопамятных, упрямых, взрывчатых, агрессивных дебилов, что чаще наблюдается в тех случаях, когда олигофрения является результатом перенесенного в детстве мозгового заболевания или возникает на почве врожденного сифилиса. В известном проценте случаев аналогичные черты наблюдаются у глубоко социально запущенных олигофренов. Чем глубже интеллектуальный недочет, тем значительно чаще встречаются невыраженные (аморфные) характеры.

Двигательная сфера дебиловых также недоразвита, но все же количество двигательных недостатков дебилов приблизительно в половину меньше, чем имбецилов. Но да ше (Naudacher) на большом материале констатировал, что двигательная недостаточность встречается у идиотов в 75%, у имбецилов в 44%, у дебилов в 24% и в 2% у нормальных детей (возраст исследованных от 9 до 16 лет). Указания на ночное недержание мочи, позднее развитие ходьбы и речи, левшество здесь также встречаются реже, чем у имбецилов. Мимика

¹ Описание дебилов (а также имбецилов и идиотов) дается в том виде, в каком они наиболее часто наблюдаются в клинической практике. Это описание не является исчерпывающим, так как оно ни в какой степени не отражает многообразия случаев, встречающихся в повседневной работе педагога. В педагогической практике более рельефно выступает все своеобразие развития олигофрена как в отношении динамики развития, так и в системе качественных его особенностей.

более развита, но все же это еще довольно плохой рисунок, в котором смазаны отдельные черты. При соответствующем обращении внимания на моторику возможна значительная коррекция двигательных недостатков, что значительно повышает приспособляемость олигофренов к среде.

Легкие степени дебильности иногда распознаются не сразу, и в таких случаях дети подолгу задерживаются в массовой школе. Из числа подобных детей внимание педагога скорее обращает группа возбудимых, так как их поведение в классе часто нарушает дисциплину: они перескакивают с места на место, не могут долго заняться одним делом, задирают товарищей, иногда на потеху класса строят из себя шутов, передразнивают, копируют тот или иной жест, манерничают и т. п. В остротах, шутках, подражании дебилы большой изобретательности не выявляют и очень часто повторяются. При отсутствии соответствующего надзора и руководства эта группа легко становится на антисоциальный путь, чему иногда способствует то, что они, как плохо успевающие и трудные по своему поведению, изгоняются из массовой школы, а при отсутствии в городе вспомогательной школы или классов пополняют собой ряды неорганизованного детского населения. Несколько дольше задерживаются в массовой школе торпидные (вялые) дебилики, так как в классных занятиях они, не нарушая дисциплины, педагогу не мешают, а их усердие, прилежание, которое они при этом нередко выявляют, располагает к ним педагога, и иногда подобные дебилы «за выслугу лет» переводятся из класса в класс. При отсутствии надзора они также становятся на антисоциальный путь, чему способствует их легкая внушаемость, вследствие которой они легко поддаются под дурное влияние.

Воспитание и обучение дебильного ребенка должно осуществляться в условиях вспомогательной школы или вспомогательного класса, так как пребывание в массовой школе не показывается как для детского коллектива, так и для самого дебильного ребенка. Противопоказания эти в общих чертах следующие: в массовой школе дебилы задерживают дальнейшее продвижение группы, иногда дезорганизующими выходками мешают детколлективу, с которым нередко плохо сливаются, являясь часто мишенью для острот и шуток нормальных сверстников; нередко из-за неуспешности, отгороженности от коллектива у дебильных развивается чувство собственной неполноценности, заостряются отрицательные черты характера; наконец, пребывание в массовой школе не дает продвижения в навыках, знаниях. Для олигофренов с психопатическими наслоениями характера рекомендуется посещение так называемых смешанных классов, в которых обучаются дебилы с чертами трудновоспитуемости.

Отбор детей в вспомогательную школу должен производиться на основании учета всех свойств личности ребенка, в связи с теми условиями, которые сформировали эту личность. Нередко конкретная живая личность ребенка выпадает из поля зрения исследователя, так как «совокупность данных» является механическим суммированием самых разнообразных, иногда взаимно противоречащих сведений о ребенке. Поэтому сведения должны быть не только собраны, но и тщательно проанализированы. Отбор на основании исследования методом тестов лишь одного интеллекта, как это, к сожалению, кое-где еще

практикуется, совершенно не должен иметь места. Мы особенно хотели бы подчеркнуть недостаточность однократного обследования детей, подлежащих отбору в вспомогательную школу. Однократное амбулаторное обследование, когда ребенок, мелькнув на один короткий момент перед глазами врача, педолога, часто получает штамп на всю жизнь, — должно быть совершенно устранено из практики, как недостигающее цели. Амбулатория должна знать о судьбе ребенка, повторно его обследовать и в дальнейшем собирать о нем систематические сведения (катамнез). То громадное значение, которое имеет отбор детей во вспомогательную школу, заставляет нас предъявлять особенно строгие требования как в смысле клинической подготовки, так и практического стажа к лицам, производящим этот отбор, отстраняя от него лиц, недостаточно для этой работы подготовленных. Нужно обратить также внимание на методы отбора, которые должны быть классово выдержаны, уточнены, выверены. Только четко проводимый отбор оградит вспомогательную школу от засорения ее неподходящими детьми, а самих детей от излишней травматизации, связанной с неправильной засылкой.

В отношении своих воспитанников вспомогательная школа должна твердо усвоить, «что разные области интеллекта могут у одного и того же олигофрена стоять на очень различной высоте», а потому она должна добиваться того, чтобы с исчерпывающей полнотой компенсировать эти интеллектуальные недочеты, используя при этом, как уже было указано, все возможные мозговые ресурсы олигофрена. Если вспомогательная школа на высоте, то она сумеет воспитать у учащихся классовое пролетарское самосознание и дать необходимые им для трудовой деятельности и культурной жизни навыки и знания. Катамнез, собранный целым рядом авторов о бывших учащихся вспомогательной школы, устанавливает, что впоследствии они в подавляющем проценте случаев занимаются различными видами трудовой деятельности.

В заключение мы хотели бы лишний раз подчеркнуть, что степени олигофрении (идиотия, имбецильность, дебильность) можно с приблизительной точностью установить не ранее дошкольного возраста. В младенческом, преддошкольном возрастах устанавливать степень умственной недостаточности, оценивать стойкость и величину дефекта следует с большой осторожностью, так как отмечаемые в раннем детстве задержка развития речи, отдельные западения, недочеты в интеллектуальной деятельности в дальнейшем иногда могут выравниваться.

Недифференцированные формы олигофрении. В повседневной практике педагогу приходится иметь дело не столько с отдельными клинически ясно очерченными формами олигофрении (о них речь будет дальше), сколько с формами в своей клинической картине настолько недифференцированными (подчас с неясной, неопределенной этиологией), чтобы их можно было отнести в какую-нибудь вполне определенную рубрику. Это те формы, которые характеризуются только что описанными общими симптомами, причем в некоторых из них преобладают многочисленные и разнообразные аномалии телосложения, соматические недостатки и расстройства (диспропорции в строении тела, аномалии в строении черепа, необычная волосатость, асимметрия лица и т. д.).

Некоторые затруднения при отграничении олигофренов от нормальных детей могут встретиться в тех случаях, когда с олигофреном (обыкновенно легким дебилом) дома много занимаются школьными предметами, сообщая ребенку целый ряд сведений из различных областей знания, иными словами, известным образом его натаскивают. Нередко благодаря своей хорошей памяти они удерживают приобретенные знания, скрывая таким образом за внешним лоском и чисто формальным запасом сведений бедность своего интеллекта. Применительно к взрослым подобную форму олигофрении на Западе называют салонным слабоумием (Salonblödsinn), так как такие «салонные дураки» с хорошими манерами, одетые к лицу, «умеют держать себя в обществе», говорят с торжественным видом общеизвестные вещи, как бы прорицая нечто новое. (Отсюда другое их название — «торжественные дураки»). Они в курсе городских сплетен, новостей, последних анекдотов и пр. Мысли у них всегда чужие, взятые напрокат, суждения — плоские, шаблонные, остроты затасканные, подержанные, — это ограниченные, от рождения неумные люди. В школе подобные олигофрены на первых порах знакомства с ними могут сойти «за умных», так как отвечают на ряд вопросов, на которые их сверстники с нормальным интеллектом, но педагогически запущенные, не могут дать ответа. Но стоит ближе присмотреться к такому ребенку, как сразу же бросается в глаза его неумение применить в новом, незнакомом ему положении полученные знания, обобщить данные прежнего опыта. Нередко родители не соглашались, что их дети «глупые», тем более что и исследование по тестам дает коэффициент в пределах нормы или «низкой нормы», а потому переубедить их и направить ребенка в вспомогательную школу часто крайне затруднительно, и только в дальнейшем, при отсутствии продвижения ребенка в массовой школе, они сознают свою переоценку, да и то не всегда, так как не прочь приписать причину школьной неуспешности не самому ребенку, а неумению педагога его «выучить».

Дети с замедленным темпом развития. Нередко с олигофренами путают детей с замедленным темпом развития. Таких детей называют ложными олигофренами, иногда олигофреноподобными — термины (особенно последний — «не дурак, так похож на дурака»), которые нам кажутся неудачными, так как они скорее подчеркивают сходство с олигофренами, чем отличие от них. Чтобы избежать этого, мы употребляем несколько длинный термин — дети с замедленным темпом развития. Замедление в развитии ребенка может быть вызвано самыми разнообразными причинами. Хронические, длительные, истощающие болезни (например, туберкулез, малярия, по наблюдениям клиники Медовикова — длительные кишечные заболевания), часто следующие одно за другим инфекционные заболевания (корь, скарлатина, тифы и пр.), аденоиды, хроническое недоедание, недосыпание, социальная запущенность, связанная с недостаточностью педагогического воздействия на ребенка, — все эти причины (как каждая в отдельности, так в особенности, если две-три из них действуют совместно) могут повести к замедлению темпа развития ребенка. Отличием от олигофренов служит то, что здесь мы не имеем биологической, структурной неполноценности мозга, потенциальные возможности у этих детей значительно больше и при устранении вред-

ных моментов, при правильной организации с ними педагогическо-воспитательской работы они догоняют в развитии своих нормальных сверстников. Чем дольше действовали вредные моменты, тем медленнее наступает выравнивание, а потому не следует, как это иногда бывает, ожидать с устранением причин немедленного выравнивания темпа развития. В отношении этих детей требуется длительная, систематическая педагогическая работа.

Особо следует остановиться на роли *рахита*, который в одних случаях вызывает задержку психического развития, в других — замедление его темпа. Рахит вызывает резкие деформации костей черепа, что приводит к изменению нормального взаимоотношения костей (вдавливание основания черепа, сужение затылочного отверстия и пр.), в связи с чем деформируется и самый мозг, нарушаются условия кровообращения и питания. В связи с рахитом дети поздно начинают ходить, поздно говорить, отстают от сверстников в психическом развитии. Тяжелые случаи рахита, связанные с значительной деформацией мозга, дают олигофрению различных степеней; в более легких случаях происходит замедление темпа развития, который современным (особенно при соответствующем лечении) выравнивается, и ребенок догоняет своих сверстников. Нередко в связи с рахитом, но также и независимо от него (при общем недоразвитии моторики) замедляется развитие двигательного компонента речи при удовлетворительном понимании чужой речи. Это явление называется *алалией* (*Hörstummheit* — слухонемота, немота без глухоты — немецких авторов). Иногда начало речи запаздывает до 7—8 лет, после чего ребенок начинает говорить, догоняя своих сверстников. Отличие алалии от олигофренного запаздывания начала речи заключается в том, что ребенок алалик хорошо ориентируется в ситуации, достаточно понимает чужую речь, выполняет данные ему несложные поручения, быстро приучается к самообслуживанию.

Переходим к описанию отдельных форм олигофрении, клинически более изученных и более важных в практическом отношении.

Олигофрения на почве врожденного сифилиса. Мы уже упоминали о том, что сифилис играет выдающуюся роль в этиологии олигофрении. Возможность передачи сифилиса через детское место (теория *Матценауера*) является в настоящее время клинически и экспериментально доказанной.

Что касается передачи сифилиса плоду вследствие первичного заражения зародыша (герминативная теория *Кассовица* — *Kassowitz*), а также теории (*Кассовица* и *Гохвингера* — *Hochsinger*), утверждающей, что сифилитическое заражение происходит путем яда, примененного к семени (заражение происходит до или сейчас же вскоре после оплодотворения), — то обе эти теории в настоящее время оспариваются.

Сифилис передается потомству чаще всего в первые три года после заражения родителей, максимум заражений падает на первый год заболевания (вторичный период). По истечении первых трех лет — передача инфекции теряет свою закономерность, постепенно ослабевая. В семьях, где матери до замужества болели сифилисом, способность передачи инфекции потомству длилась значительно дольше (от 5 до 15 лет), чем в тех случаях, где мать до замужества была здоровой (*М. Раиц*.)

При врожденном сифилисе твердый шанкр (язва с твердыми наощупь краями) отсутствует, инфекция распространяется через плацентарную кровь. При сильной инфекции плод погибает (выкидыши, мертворожденные), в случаях более ослабленной инфекции ребенок рождается живым, причем явления заражения могут быть скрытыми. В тех случаях, когда они имеются, они сказываются с первых же дней жизни ребенка, преимущественно характерными явлениями на коже и слизистых оболочках. Эта фаза соответствует вторичной фазе приобретенного сифилиса. Явления эти следующие: сифилитический насморк, с гнойным или кровянисто-гнойным отделяемым, деформация носа (курносость, седловидный нос) в связи с задержками во время утробной жизни развития хрящевого и костного остова, расстройство питания кожи, обуславливающее иногда выпадение бровей, ресниц, волос на голове; на последней выпадение в виде неправильной величины и формы участков (сифилитическая алопеция, облысение, «лисья болезнь»). Подошвы и ладони представляются покрасневшими, своеобразно блестящими, как бы покрытыми лаком (зеркальные подошвы); собрать их в складки из-за напряженной, отечной кожи обыкновенно не удастся. На коже наблюдается рассеянная специфическая сыпь. В дальнейшем инфекция вступает в фазу покоя: спирохеты¹ уменьшаются в числе, исчезают из крови, с большим трудом обнаруживаются лишь в некоторых органах, тканях, в которых впоследствии отмечаются расстройства питания, дистрофия. Эта фаза соответствует третичной фазе приобретенного сифилиса.

На ряду с указанными симптомами при распознавании врожденного сифилиса известным диагностическим подспорьем может служить Гутчинсонская триада [1) полулунные выемки на верхних резцах, 2) заболевание роговой оболочки глаза — кератит, 3) заболевания среднего уха], которая в полном виде (наличие всех трех признаков) встречается очень редко, но зато сравнительно часто наблюдается кератит (М. Райц). Разнообразные деформации черепа (особенно череп в виде ягодиц — натицефалия) также до некоторой степени могут служить диагностическим подспорьем при распознавании врожденного (конгенитального) сифилиса.

При заражении сифилисом плода заболеванию может подвергнуться и нервная система. Заболевание нервной системы происходит или во внутриутробном периоде или в раннем детстве. Одним из ранних симптомов заболевания нервной системы при врожденном сифилисе является беспричинный крик, длящийся часами и отмечающийся как днем, так и ночью. В раннем детстве также нередко отмечаются непродолжительные судороги, не связанные с какими-либо внешними раздражителями, без повышения температуры. Судороги быстро проходят, но иногда после них остается стойкое косоглазие, ограничение функций конечностей (парезы). Сравнительно частым симптомом врожденного сифилиса является водянка головного мозга (о ней будет сказано дальше).

В клинической практике опознавательными признаками сифилитического заболевания нервной системы служат также изменения со стороны зрачков (вялая реакция на свет, отсутствие ее, неравномер-

¹ Возбудитель сифилиса — бледная спирохета (*spirocheta pallida*).

ность зрачков), рефлексов (неравномерные рефлексy, патологические).

Как наличие неврологических, так и соматических симптомов, при врожденном сифилисе не всегда сопровождается олигофренией (дети с незатронутым интеллектом), точно так же встречается олигофрения на явно сифилитической почве (проверенные данные анамнеза о сифилисе родителей до рождения ребенка) без каких бы то ни было видимых отклонений в нервной системе, без наличия соматических расстройств. WaR в крови, точно так же и в спинномозговой жидкости, нередко при этом бывает отрицательной, как сравнительно часто отрицательна она и при наличии неврологических симптомов.

Симптоматика олигофрении на почве врожденного сифилиса мало чем отличается от ранее описанных общих симптомов олигофрении. Все же в отдельных случаях у детей наблюдаются резкие патологические наслоения в характере, которые можно объяснить лишь специфической почвой заболевания (см. состояния, сходные с психопатиями при сифилисе мозга). Эти дети обыкновенно нуждаются в обучении в смешанных классах (для трудных). В других случаях в связи с частичной водянкой мозга отмечается изошрение отдельных способностей (например, хорошая механическая память). Наконец, в третьих случаях в связи с общей хлостью, слабостью, нередко упорными головными болями — быстрая утомляемость, пониженная работоспособность. Сифилитическая олигофрения всегда должна приковывать к себе внимание, так как на ее фоне могут развиваться специфические заболевания в виде сифилиса мозга, прогрессивного паралича. Поэтому в тех случаях, когда у ребенка появляются судорожные припадки или начинается снижение интеллекта, оскудение психики, всегда следует подумать о начале сифилитического процесса.

Лечение. В случаях отчетливо выраженной клинической картины врожденного сифилиса или положительной WaR следует проводить специфическое лечение, даже не столько в целях улучшения общего состояния, сколько в целях предупреждения сифилитического процесса. Специфическое лечение дает улучшение лишь в смысле ослабления или исчезновения отдельных симптомов (головные боли, парезы, параличи, судороги), но влияния на улучшение психического развития обыкновенно не оказывает. В отдельных случаях в связи с специфическим лечением несколько бледнеют психопатические проявления личности.

Гидроцефалия (водянка головного мозга) характеризуется увеличением количества спинномозговой жидкости в полости черепа. Принято различать гидроцефалию наружную (скопление жидкости в субарахноидальных пространствах) и внутреннюю (скопление жидкости в желудочках мозга); нередко наружная и внутренняя водянка встречаются вместе. По времени возникновения различают врожденную гидроцефалию и гидроцефалию приобретенную. Наружный вид гидроцефалика (врожденная или приобретенная в раннем детстве водянка) достаточно характерен: мозговой череп по своим размерам резко отличается от лицевого, который по сравнению с ним кажется сильно недоразвитым; окружность черепа в отдельных случаях достигает 70 и более сантиметров, значительно выдаются лобные и теменные бугры, с просвечивающей на покрывающей их коже сильно развитой сетью вен, сильно развитые вены тянутся от основа-

ния носа кверху. Волосы на голове редки, корень носа широк, из-за выпуклости лба кажется запавшим, глаза сильно расставлены, иногда косоглазие, нистагм (подергивание глазных яблок); в связи с давлением жидкости на перекрест зрительных нервов — атрофия их (потеря зрения). Движения расстроены — спастический (тугой) паралич или парезы, особенно страдают нижние конечности. При давлении жидкости на гипофиз отмечается избирательное отложение жира на животе и бедрах (Reitusenformen — в виде рейтуз), задержка полового развития. В случаях водянки, приобретенной в более позднем возрасте, череп не достигает таких больших размеров, хотя все же по сравнению с нормальным является увеличенным. В отдельных случаях наблюдается расхождение уже сросшихся швов.

Психика гидроцефаликов, если исключить отдельные, крайне редкие случаи, является недоразвитой. На общем фоне психического недоразвития сравнительно часто можно встретить изошрение отдельных способностей: хорошая механическая память, механический счет, абсолютный музыкальный слух и пр.

Водянка — это «жидкая опухоль», которая, сдавливая одни участки мозга, ведет к повышению деятельности других, в силу чего сравнительно нередко при гидроцефалии рано развивается речь; впоследствии произношение ясное, но речь медленная по темпу, иногда несколько скандированная. Действия и поступки размеренны, склонность к резонерству, к поучениям; в отдельных случаях страсть к остроумию (Witzelsucht), носящим безобидный, плоский характер. На общем благодушном фоне бывают нерезкие колебания настроения, аффекты — бледны, легко истощаемы. Эмоциональные привязанности, привычки нестойки. Исполнительны, аккуратны, вялы, медлительны, неинициативны, малоподражательны — вот дополнительные черты к психике гидроцефалов. По своему психическому облику и внешнему виду гидроцефалы бывают нередко более или менее похожи друг на друга.

Течение, лечение, прогноз. Начало заболевания может быть в любом возрасте, но чаще всего оно встречается в первые годы жизни ребенка. Нередко больные погибают в раннем детстве от различных случайных причин, реже от основного страдания. У доживающих до более старшего возраста болезнь течет медленно, с остановками, крайне редко с незначительными улучшениями, принимаемая в дальнейшем более или менее стационарный характер.

Большой процент случаев гидроцефалии является результатом врожденного сифилиса. В случаях приобретенной гидроцефалии War часто положительная, в случаях врожденной гидроцефалии — отрицательная, несмотря на это антилюэтическое лечение, все же дает известные результаты. На ряду с сифилисом в происхождении гидроцефалии могут играть роль и другие самые разнообразные инфекции (чаще наблюдается после менингитов различного происхождения). Помимо специфического лечения некоторые авторы (Фрейзер — Frazier) рекомендуют лечение препаратами щитовидной железы, якобы воздействующей на эпителий сосудистых сплетений и уменьшающей тем самым секрецию спинно-мозговой жидкости. В ряде случаев применяется хирургическое лечение: поясничная пункция, пункция желудочков, прокол мозолистого тела (так называемый

Balkenstich), устанавливающий соединение между желудочками и субарахноидальными пространствами полушарий. Все эти хирургические мероприятия являются паллиативными, не излечивающими основного страдания. Внимание должно быть обращено на педагогическо-воспитательные меры с тем, чтобы использовать имеющиеся в ряде случаев изощренные способности, максимально приспособить детей к трудовой деятельности. Большинство детей из-за потери зрения или параличей, парезов часто не могут посещать вспомогательную школу, а потому требуют индивидуального обучения.

С водянкой головного мозга не следует смешивать большую во всех направлениях голову (*мегалоцефалия*) вследствие слишком больших размеров мозга. (*Цефалония* — гигантский рост головы некоторыми некультурными народами вызывается искусственно.) При *мегалоцефалии* емкость черепа достигает 1600 см³ (Вирхов — Virchow), серое вещество коры и подкорки сильно развито, в то время как белое вещество (в особенности мозолистое тело) резко недоразвито; наблюдаются также гетеротопии (отщипывание от общей массы коры отдельных участков серого вещества и погружение их вглубь белого вещества). Психическое развитие сильно задержано — глубокая идиотия. Особенности психики и отсутствие при *мегалоцефалии* неврологических симптомов, свойственных гидроцефалии, служат опознавательными признаками для отличия от последней.

Большая голова при рахите (в отдельных случаях рахит может одновременно встречаться с водянкой головного мозга) отличается от гидроцефалической своей формой (четырехугольная, ящикообразная), «тяжелой», массивной нижней челюстью с редко поставленными и бедными дентином зубами (при гидроцефалии челюсть — недоразвитая, гипопластическая, мелкие, небольшие зубы, тесно расположенные), отсутствием резкой развитой сети вен на коже лица и головы. Отсутствие неврологических симптомов и наличие других рахитических признаков также помогают при отличии рахита от гидроцефалии.

Микроцефалия (малоголовие). Различают истинную и относительную малоголовость. Относительное малоголовие, когда голова непропорционально мала по сравнению с туловищем; истинное малоголовие, когда мозг и мозговой череп являются резко недоразвитыми, при этом лицо по сравнению с маленьким черепом кажется непропорционально крупным, а весь череп непропорционально мал по сравнению с туловищем. Некоторые авторы (*Мингаццини*) выделяют еще ложное малоголовие, при котором отмечается также малый череп, причем мозг не заполняет полностью черепную коробку. Ложное малоголовие зависит от поражений мозга, связанных с внешними факторами (ранние энцефалиты и пр.), а потому помимо слабоумия характеризуется также наличием выпадений, параличей и пр. Нашему рассмотрению будет подлежать лишь истинная микроцефалия, так как относительное малоголовие или не сопровождается олигофренией (часто низкая граница нормы) или олигофрения по своим клиническим проявлениям мало характерна, не отличается от описанных общих симптомов.

В объяснении происхождения микроцефалии мнения ученых расходятся. Эти разногласия примиряют до некоторой степени взгляд

на микроцефалию, как на результат интоксикации (отравления): развиваясь в организме матери, яд, вызывающий микроцефалию, в зависимости от самых разнообразных условий, может вызвать и простую задержку в развитии, и хронически протекающий менинго-энцефалит, и преждевременное заращение швов и т. д.

Патолого-анатомическое вскрытие констатирует малый вес мозга микроцефалов (369 — 435 г), атипичное расположение борозд, из которых многие не могут без труда быть распознанными, наличие в теменной доле так называемой «обезьяньей борозды»; лобные доли резко недоразвиты (иногда 2—3 извилины). В связи с слабым развитием полушарий, мозжечок кажется непомерно большим. В отдельных случаях отмечается недоразвитие, а иногда и полное отсутствие мозолистого тела. Сравнительно часто наблюдается внутренняя водянка.

При наружном исследовании микроцефалов, помимо малого черепа (обхват 35 до 43 см) и несоразмерно большого в сравнении с ним лица, обращают на себя внимание выступающие надбровные дуги, утолщенные кости черепа (лобный шов), торчащие крупные, иногда лопухообразные уши. Болевая, тактильная, вкусовая чувствительность резко понижены.

По психическим проявлениям К о р с а к о в подразделяет микроцефалов на два психических варианта. Первый — апатичные, вялые малоподвижные, с чрезвычайно ограниченной умственной жизнью. К этой характеристике С и м с о н добавляет наблюдения, касающиеся двигательных проявлений: крайняя бедность движений, неподвижная, застывшая мимика, резкое повышение тонуса мускулатуры, обычно сильнее выраженное в нижних конечностях. Очень часто дети лежат неподвижно, не давая никакой реакции на внешний мир. Нередко у них наблюдается усиленное слюноотделение, резкое посинение, похолодание конечностей. Из-за своей малой сопротивляемости они гибнут скорее, чем второй вариант, который может жить до глубокой старости.

Второй психический вариант в изображении Корсакова рисуется в следующем виде: живые, подвижные, добродушные, суетливые, подражательные с нестойким, нераспределенным вниманием, с быстрым восприятием внешних впечатлений. Интеллект развит крайне незначительно, обыкновенно на низшей ступени идиотии. К этому следует добавить, что мышцы сгибатели преобладают над разгибателями, в силу чего микроцефалы стоят и ходят слегка согнувшись, с руками, опущенными вдоль туловища, производя впечатление, что вот-вот они встанут на четвереньки (питекоидная фигура, обезьяноподобная). Высшая моторика (фронтальная) крайне слабо развита, микроцефалы не способны к точным движениям, к одновременным движениям. Речь плохо артикулирована, речевой запас из нескольких слов. Движения, связанные с экстрапирамидной моторикой, даются значительно лучше: автоматические, защитные, мимика, жестикуляция. Между этими двумя крайними вариантами микроцефалов располагается ряд смешанных состояний, в которых преобладают особенности то одного, то другого варианта. Лечение при микроцефалии — безрезультатно, хирургическое вмешательство с целью воспрепятствования преждевременному закрытию родничков

является безуспешным; лечение препаратами эндокринных желез также не дает никаких ощутимых результатов. При систематическом педагогическом занятии выучиваются несложному самообслуживанию, но все же всю жизнь нуждаются в попечении.

Монголизм — относится к числу множественных расстройств (плюригландулярное) желез внутренней секреции. Большинство авторов склоняется к тому мнению, что при этой форме на фоне обшей задержки развития, связанной с неполноценностью зародышевидной и половых желез. Свое название заболевание получило за чисто внешнее, хотя и не совсем полное, сходство с монгольской расой.¹ Внешний вид монголоидов настолько характерен (и это независимо от национальности детей, от их расовой принадлежности, климата и пр.), что дети разных стран по своему внешнему виду почти не отличимы друг от друга. Внешний вид ребенка монголоида таков: шарообразная головка, иногда с несколько уплощенным затылком, широкое переносье, широко расставленные глаза с суженными глазными щелями, складка на верхнем веке, образующая как бы третье, добавочное веко. В силу того, что нос невелик и слегка приплюснут, лицо имеет плоскую форму; слегка красноватые щеки и кончик носа (лицо паяца, клоуна), несколько полуоткрытый рот, язык, исчерченный резкими бороздами; зубы, бедные дентином, иногда редко расставленные. Пальцы (особенно большие) на руках и ногах укорочены, рост несколько задержан. Пониженный тонус мышц, разболтанность в суставах послужили причиной к тому, что их называют «резиновые дети». Кожа сухая, с большой склонностью к различным заболеваниям (дерматитам). В отдельных случаях отмечаются пупочная грыжа, крипторхизм (задержка яичек в мошонке). Все описанные симптомы констатируются с момента рождения ребенка. Монголоиды обыкновенно недолговечны, погибают от инфекционных заболеваний, среди которых первое место принадлежит туберкулезу. (По данным Х и л л я — Hill — до 25 лет доживают только 9,4%.)

В психическом отношении они часто глубоко недоразвиты (идиотия), но встречаются и более легкие случаи недоразвития. Психика монголоидов крайне характерна: живые, добродушные, приветливые, ласковые, подражательные, они находятся в постоянно несколько приподнятом настроении. Особенно интересна их подражательность: без понимания значения они очень часто проделывают сложные действия. Выразительные движения (мимика, жестикуляция), защитные и автоматические движения у них сравнительно хорошо развиты, высшая (фронтальная) моторика — недоразвита. С е р е й с к и й различает монголизм с недостаточной функцией щитовидной железы (сильная отсталость в росте, толстая сухая кожа, одутловатое лицо, пупочная грыжа); психика их соответствует только что нами описанной; другая форма монголизма с преобладанием гипогенитальных признаков (крипторхизм, резкая синюшность конечностей, за-

¹ Следует признать этот термин, вошедший в психиатрический обиход крайне неудачным, так как он совершенно не передает клинических особенностей этого заболевания, да и черты внешнего сходства с монгольской расой настолько незначительны, что они никак не могут быть положены в основу выделения этой формы олигофрении.

держка периода полового созревания, наступления вторичных половых признаков и пр.). Эта более редкая форма характеризуется вялостью, заторможенностью, безразличным настроением и пр.

Если конечной причиной монголизма считать плюригландулярное расстройство, то те факторы, которые обуславливают это расстройство, до настоящего времени точно не определены. Несомненно, известную роль играет возраст матери (до 90% матерей в возрасте старше 30 лет), истощающие ее моменты (особенно частые аборт, сравнительно редко бывает у первородящих матерей), туберкулез (в качестве истощающего фактора). Немецкие авторы склонны поддерживать теорию истощения, объясняя последним значительное увеличение монголоидов в военные и послевоенные годы. Вряд ли можно целиком согласиться с этой точкой зрения, так как количество монголоидов увеличилось в странах-победительницах и в странах (Испания), не принимавших участия в войне, а обогатившихся за ее счет. Не отрицая роли истощения, следует также думать об увеличившейся в военные годы сифилизации населения, об усилении алкоголизма. Во всяком случае, надо полагать, что разнообразные факторы, вызывая поражения зародышевой плазмы, приводят также и к расстройствам, заболеваниям эндокринного аппарата. Лечение препаратами эндокринных желез (щитовидная, половая), трансплантация (пересадка) желез ощутимого эффекта не дают. Акцент ставится на педагогическо-воспитательской работе, цели которой определяются степенью психического недоразвития.

Кретинизм. Характерные симптомы болезни были описаны задолго до того, как была установлена связь заболевания с недостаточной деятельностью, выпадением щитовидной железы, а потому этиологическое значение термина для настоящего времени остается не выясненным.¹ Принято различать кретинизм эндемический (зобная болезнь) от спорадического кретинизма (врожденная и инфантильная микседема). *Эндемический кретинизм* связан с определенными местностями (у нас встречается в Закавказье, на Алтае, Урале). Этиология его не выяснена, но все же с большой долей вероятности можно предполагать, что вредное начало, вызывающее зобатость, проникает в организм с питьевой водой. Что касается сущности самого вредного начала, вызывающего зоб, то сколько-нибудь определенных данных в этом отношении еще не имеется (одни ставят эндемический кретинизм в связь с инфекцией, другие, что более вероятно, — с недостаточным содержанием иода в питьевой воде). Исходя из последнего предположения, в местностях Швейцарии, где распространен эндемический кретинизм, школьники с профилактической целью получают небольшие дозы иода. По своим клиническим симптомам эндемический кретинизм сближается с спорадическим.

Спорадический кретинизм может встречаться в любой местности: у детей он бывает или врожденным (врожденное отсутствие щитовидной железы), или приобретенным в первые годы жизни ребенка

¹ Термин «кретин» производят от романского *cretira* — жалкое существо или *creta* — мел, в виду связи с известковой водой и почвой, а может быть в связи с бледным лицом больных; возможно также от романского *cretino* — дурак, или немецкого *Kröte* — жаба, символ уродства; от древне-французского *chretien* — ругательное слово, когда христианство считалось суеверием.

(разрушается нормально заложенная железа). Разрушение щитовидной железы зависит от самых разнообразных причин: сифилис, алкоголизм родителей, инфекционные болезни и пр. Клиническая картина болезни независимо от того, будет ли кретинизм врожденным или приобретенным в раннем детстве, в общих чертах одинакова. Внешний вид кретинов весьма характерен: брахицефалическая форма черепа, относительно большого по размерам; одутловатое лицо, верхняя половина которого шире нижней, запавший корень носа (расстройство роста клиновидной кости черепа), добавочное веко, толстые губы, толстый мясистый язык, торчащий между зубами («язык на улицу»), редко поставленные зубы, бедные дентином, с большой склонностью к кариесу (костоеде, гниению). Цвет лица бледный, желтовато-бледный, серый, иногда с синюшным оттенком. Волосы на голове редки, щитовидная железа не прощупывается (зобности не бывает). Кожа отека, тестообразна наощупь, при надавливании на нее углубления не оставляет. Отмечается крайняя сухость кожи, что зависит от полнейшего прекращения потоотделения, которое не вызывается обычными потогонными средствами. Отечность кожи объясняется скоплением муциноподобного (слизистое вещество) вещества. Отеки обыкновенно скопляются на лице (отсюда узкие глазные щели), на шее (короткая шея), на груди, конечностях, особенно на предплечьях, кистях, голени (пальцы грубые и толстые, а кисти тестообразные — форма руки, напоминающая лапу). Отеки могут распространяться и на слизистые оболочки (при отеках гортани — низкий, хриплый голос). Вздутый живот, довольно часто пупочная грыжа. Половые органы недоразвиты. Половое влечение резко понижено. Рост сильно задержан (карлики), трубчатые кости укорочены, широкие короткие пальцы рук и ног. Большой родничок закрывается крайне поздно (может быть открыт даже на 20 году жизни — Ц о н д е к); замедление окостенения хрящей, что при лечении дает возможность роста даже тогда, когда у нормального человека он совершенно невозможен (например, после 40 лет). В зависимости от степени выраженности соматических симптомов отличают полных кретинов, полукретинов и кретиноидов или кретинозных. Соответственно этому обыкновенно бывает выражено и психическое недоразвитие: от тяжелой идиотии до легких степеней дебильности. Больные вялы, апатичны, сонливы, малоподвижны, добродушны, незлобивы, уступчивы; легко привязываются к окружающим, любят внешний порядок, чистоту, протестуют против их нарушения. Сравнительно легко выучиваются самообслуживанию, занимаются несложной работой. В движениях нерасторопны, неуклюжи, мешковаты; мимика и жестикуляция почти совершенно отсутствуют. Речь часто не плохо развита, но нередко все же в ней отмечаются неправильности произношения, аграмматизм.

Предсказание зависит от того, когда начато лечение и как оно проводилось; в нелеченных случаях течение принимает стационарный характер. Лечение — препарат щитовидной железы (тиреоидин). Лечение должно быть более или менее постоянным, с весьма короткими перерывами. В отдельных случаях тиреоидин не помогает (повидимому, в тех, где речь идет о плюригландулярном расстройстве и где кретиноидные явления встречаются лишь как один

симптом этого расстройства); в других случаях приходится иметь дело с явлениями тиреоидизма (увеличение отеков, нарушение сердечной деятельности, у девочек расстройство менструаций, тянущие боли внизу живота и пр. Иногда одновременное назначение инъекций мышьяка купирует эти симптомы, при нарастании тиреоидизма — отказ от лечения тиреоидином. Результаты лечения сказываются в исчезновении отеков, росте, оживлении настроения, пробуждении полового влечения, в улучшении интеллектуальных процессов. На ряду с лечением обязательна и большая педагогическо-воспитательская работа, которая должна помочь ребенку нагнать в развитии сверстников.

На таких формах олигофрении, как туберозный склероз, семейная амавротическая идиотия, мы здесь не останавливаемся, так как они в клинической практике встречаются крайне редко.

VIII. ПРОЦЕССЫ ЭКЗОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ (ИНФЕКЦИИ).

Сифилис мозга.

У детей обыкновенно приходится встречаться с конгенитальным (врожденным) сифилисом и сравнительно редко с сифилисом, приобретенным половым или внеполовым путем. О том, что врожденный сифилис может очень рано поразить нервную систему, мы уже подробно говорили, когда речь шла об олигофрении на почве врожденного сифилиса. Поэтому здесь мы не будем рассматривать формы, связанные с поражением зачатка, а также различные формы резидуальных, остаточных явлений протекшего, закончившегося процесса, а остановим внимание на формах активного сифилиса, имеющих прогрессирующее течение, приводящих к деградации личности, в отдельных случаях к смерти.¹

Симптомы сифилиса мозга зависят от локализации процесса, степени его токсичности, возраста, проводившегося ранее лечения и пр. Обыкновенно различные болезненные состояния при сифилисе мозга нерезко отграничены одно от другого, симптомы их многообразны, изменчивы, в силу чего трудно говорить об отдельных строго вычерченных клинических формах. С указанной поправкой все же можно выделить следующие формы (симптомокомплексы) сифилиса мозга.

Неопластический симптомокомплекс. К этому симптомокомплексу относятся все те клинические формы сифилиса мозга, при которых образовавшаяся в мозгу гумма² дает клиническую картину, аналогичную той, которая встречается при опухолях самого различного происхождения.³ Гуммы могут быть множественными (тогда они чаще незначительны по размерам) или одиночными, достигающими иногда

¹ Прогрессирующий — приводящий своим развитием к стойким изменениям.

² Гумма — воспалительное разрастание ткани, наблюдаемое при третичном периоде сифилиса в различных тканях и органах. Гуммы бывают неодинаковых размеров: от едва заметных узелков (милиарные гуммы) до размеров куриного яйца (солитарные гуммы).

³ Отсюда и название симптомокомплекса неопластическим (neoplasma — опухолевидное новообразование).

значительной величины. В зависимости от локализации гуммы (в оболочках мозга бывают сравнительно редко, в головном мозгу — чаще на его выпуклой поверхности, реже на основании или в других его областях), а также и от общих последствий повышения внутричерепного давления, будут различны и клинические симптомы. Все же, несколько обобщая, можно сказать, что гуммы головного мозга сказываются прежде всего общемозговыми симптомами, из которых наиболее постоянным является головная боль. Тупая, иногда острая головная боль или держится все время, или же бывает приступами; нередко по ночам головная боль усиливается. Головокружение и рвота встречаются несколько реже, чем при опухолях другого происхождения. В отдельных случаях отмечается изменение дна глаза (застойный сосок), что бывает главным образом при локализации гуммы на основании мозга. Если гумма находится в двигательной области, то отмечаются эпилептиформные судороги, а также параличи, чаще одной какой-нибудь конечности. При поражении левого полушария — двигательная недостаточность речи. Со стороны психики отмечаются вялость, заторможенность, апатичность, безразличие к окружающему; в отдельных случаях — затемненное сознание; крайне редко бывает возбужденное состояние. В течении болезни отмечается колебание симптомов, временное ослабление болезненных явлений.

Распознавание обыкновенно представляет трудности при отличиях от опухоли не сифилитического происхождения; диагноз основывается на данных анамнеза, исследования на *W*a*R* крови и спинномозговой жидкости, а также на течении болезни (колебание симптомов). Предсказание в общем благоприятное, все же в отдельных случаях могут наблюдаться более или менее стойкие дефекты вещества мозга (последствия их — параличи, парезы). Специфическое лечение действует благоприятно; в отдельных (редких) случаях прибегают к хирургическому вмешательству.

Острый сифилитический менингит. Болезнь начинается сильными головными болями, головокружением, рвотой, к которым вскоре присоединяются ригидность (тугоподвижность) затылка, замедление пульса. Более или менее постоянным явлением бывает симптом *К е р н и г а* — невозможность полного разгибания нижних конечностей в коленных суставах, когда конечности согнуты в тазобедренных суставах. Отмечаются также изменения глазного дна (застойные соски), сравнительно нередко бывают эпилептиформные судороги. Обычно эти явления протекают при повышенной температуре, колеблющейся в пределах 37—39°. Сознание изменено: от легкой сонливости до глубокой оглушенности, спутанности. Чаще наблюдается угнетенное, заторможенное состояние, больной молча неподвижно лежит, безучастен к окружающему, односложно (при неглубоком затемнении сознания) отвечая на повторные вопросы. Обыкновенно угнетенное состояние чередуется с возбуждением, когда больной начинает много говорить, порывается встать, беспокойно ворочается в постели.

При сифилитическом *менинго-энцефалите* к описанной клинической картине менингита прибавляются параличи черепно-мозговых нервов, параличи, парезы конечностей, иногда расстройства речи, глотания.

Распознавание может встретить трудности при отличии от серозного менингита и эпидемического энцефалита (с последним известное сходство температуры и некоторых начальных симптомов). Диагностическими отличиями служат помимо анамнеза, положительная WаR в крови и спинномозговой жидкости, быстрые успехи специфической терапии. В случаях нелеченных менингита и менингоэнцефалита остаются стойкие дефекты (утолщения, рубцы и пр.), являющиеся причиной задержки развития мозга (сифилитическая олигофрения), а также параличей, парезов, эпилептиформных судорог.

Эпилептиформный сифилис мозга. При описании клинической картины двух предыдущих форм сифилиса мозга мы упоминали, что при них встречаются эпилептиформные судороги. Та форма, при которой судороги являются иногда главным и единственным симптомом (сравнительно очень редко) или во всяком случае одним из наиболее важных симптомов, носит название эпилептиформного сифилиса мозга. При этой форме на ряду с судорожными припадками нередко наблюдаются также и очаговые симптомы: параличи черепно-мозговых нервов, парез и паралич конечностей. Эти параличи и парезы с течением времени могут проходить и вновь появляться после следующего судорожного припадка. Иногда дело до параличей и парезов не доходит, а после судорожного припадка отмечается лишь повышение рефлексов или патологические рефлексy на одной стороне. До первых обнаружений припадков ребенок обыкновенно ничем от сверстников не отличается; иногда за несколько времени до обнаружения припадков бывают жалобы на головные боли, головокружения. В отдельных случаях на ряду с припадками отмечаются расстройства настроения, изменения состояния, сознания (оглушенность, сумеречные состояния). В дальнейшем течении болезни постепенно слабеет память, забывается усвоенное и не приобретается новое, начинается распад психики, кончающийся глубокой дементностью. Сравнительно нередко больные погибают во время эпилептического припадка. Очень часто отмечается сочетание этой формы сифилиса с апоплектиформной.

Распознавание представляет трудности при отличии от эпилепсии. Диагностическую помощь оказывают анамнез, наличие очаговых симптомов, отсутствие свойственных эпилепсии изменений характера, безрезультатность антиэпилептического лечения. Сравнительно ничтожные результаты получаются и при антисифилитическом лечении, все же последнее должно быть испытано, так как благодаря ему иногда удлиняются промежутки между отдельными припадками и замедляется деградация личности.

Апоплектиформный сифилис. Нередко встречающееся при сифилисе поражение сосудов, приводящее к кровоизлияниям в мозг и размягчениям мозговой ткани, является основанием для выделения особой формы — апоплектиформного сифилиса.

Клиническая картина характеризуется очаговыми расстройствами в виде параличей черепно-мозговых нервов (опущение верхнего века, различные виды косоглазия, опущение угла рта и пр.), полной или частичной утратой способности речи (афазия), параличей конечностей и пр. Параличи отличаются большой стойкостью. При первых ин-

сультах (инсульт — толчок, припадок; на обыденном разговорном, языке — удар) интеллект не расстраивается в целом, обычно наблюдаются отдельные провалы, западения тех или иных его функций (так называемое лакунарное слабоумие). Чем моложе по возрасту ребенок, тем чаще уже после первых инсультов у него отмечается более или менее значительное нарушение интеллекта. После инсульта состояние обычно не выравнивается, а остается таким же до нового инсульта, который снова что-то отнимает от психики больного. Таким образом течение апоплектиформного сифилиса толчкообразное: от инсульта к инсульту; течение длительное, растягивающееся обыкновенно на несколько лет. Результатом инсультов бывает образование новых очаговых симптомов и глубокий распад психики, глубокое слабоумие. Сравнительно нередко смерть наступает во время одного из инсультов.

При распознавании могут встретиться затруднения при отграничении от прогрессивного паралича. Отличием служит характер течения болезни: при прогрессивном параличе после каждого инсульта наступает ухудшение состояния, прогрессирующее до нового инсульта; при апоплектиформном сифилисе между приступами прогрессирующего ухудшения состояния обычно не наблюдается. Отличием также служит стойкость параличей при апоплектиформном сифилисе, отсутствие характерных для прогрессивного паралича расстройств речи. Антисифилитическое лечение иногда (сравнительно не часто) дает удовлетворительные результаты не в смысле восстановления психики, а в смысле приостановки дальнейшего развития процесса.

Сифилитический псевдопаралич. Случаи разлитого органического процесса, в которых слабоумие сочетается с различными очаговыми симптомами, объединяют в одну общую клиническую форму, которой присваивают название сифилитического псевдопаралича. Эта форма характеризуется медленно нарастающими симптомами оскудения психики. Больные начинают плохо соображать, перестают усваивать новое, растеривают старые запасы, утрачивают способность ориентировки во времени и окружающем. Так например, больной заходит в чужую квартиру, принимая ее за собственную, путает чужие вещи со своими, принимает одних лиц за других и т. д. Настроение обычно несколько приподнятое, возбужденное, реже подавленное. Нередко в это время при недостаточном присмотре начинаются кражи, происходящие без всякого обдумывания, почти на виду у окружающих. Иногда наблюдаются слуховые и зрительные галлюцинации, которые чаще отмечаются при эпизодически внезапно наступающей спутанности сознания (бредовая спутанность), длящейся сравнительно короткий срок. В отдельных случаях болезнь может начаться подобной бредовой спутанностью и в дальнейшем перейти в обычное состояние постепенно нарастающей дементности. На ряду с оскудением психики наблюдаются апоплектиформные и эпилептиформные припадки. В результате апоплектиформных инсультов отмечаются сравнительно стойкие очаговые расстройства в виде параличей черепно-мозговых нервов (различные виды косоглазия, опущение века, угла рта и пр.). Речь обыкновенно не расстраивается. Зрачки неровные, реакция их на свет вялая. Течение болезни дли-

тельное (иногда более 10 лет), наблюдаются некоторые послабления в течении болезни, иногда же наступают резкое ухудшение и смерть. Специфическое лечение нередко дает удовлетворительные результаты в смысле долго длящейся ремиссии.

Диффузность процесса, его симптоматика очень сближают сифилитический псевдопаралич с прогрессивным параличом, в силу чего некоторые авторы ставят между ними знак равенства. Все же большинство современных авторов считает сифилитический псевдопаралич особым заболеванием. Отличиями от прогрессивного паралича служат: преобладание очаговых симптомов, их большая стойкость, медленность нарастания симптомов оскудения психики, положительные результаты специфического лечения. При апоплектиформном сифилисе на первый план выступают инсульты, занимающие при псевдопараличе вторые роли, при апоплектиформном сифилисе — лакунарное слабоумие, в то время как при псевдопараличе интеллект расстраивается в целом.

Сифилитический галлюциноз и сифилитический параноид. Эта форма характеризуется разнообразными слуховыми и зрительными галлюцинациями и отдельными бредовыми идеями. Чаще наблюдаются слуховые галлюцинации, нередко крайне неприятные по своему содержанию для больного: его ругают, высмеивают, подшучивают над ним, произносят угрозы, нашептывают ему неприличные мысли. Обыкновенно на ряду с галлюцинациями отмечаются общемозговые симптомы (чаще в виде головной боли), неравенство зрачков, иногда незначительные очаговые явления (легкие парезы черепно-мозговых нервов). В тех случаях, когда на первый план выступают не галлюцинации, а бредовые идеи (чаще идеи преследования), говорят о сифилитическом параноиде.

Течение обыкновенно длительное, нередко наблюдаются послабления болезни. Прогноз из-за диффузности, т. е. разлитого характера процесса, часто неблагоприятен; специфическое лечение нередко существенной пользы не оказывает. Сифилитический галлюциноз и параноид встречаются у детей лишь в исключительных случаях.

Сифилитическая неврастения. Клиническая картина этой формы, стоящая в связи с легкими менингеальными раздражениями (раздражениями мягкой оболочки мозга) и токсическими изменениями нервной ткани, проявляется общемозговыми симптомами (головная боль, головокружения, боли в различных местах тела), а также пониженным самочувствием, раздражительностью, ослаблением памяти, повышенной утомляемостью, понижением работоспособности. Из неврологических симптомов отмечается иногда разница в зрачках, в отдельных случаях несколько ослабленная реакция их на свет, повышение сухожильных рефлексов. Течение болезни при отсутствии специфического лечения принимает затяжной характер, иногда симптомы несколько ослабевают с тем, чтобы через некоторое время снова усилиться, чаще же носят постоянный характер. Специфическое лечение обыкновенно дает хорошие результаты.

При распознавании встречаются затруднения при отличии от неврастения, псевдоневрастения. Известную помощь в таких случаях оказывает анамнез, наличие положительной WaR, выражен-

ные симптомы утомляемости, на которые покой, отдых оказывает сравнительно малое влияние, экспериментально констатируемое снижение памяти, наконец, наличие неврологических симптомов. Крайне важно не проглядеть за сифилитической неврастенией начинающегося прогрессивного паралича или сухотки спинного мозга. Поэтому с прогнозом следует быть осторожным и всякий случай сифилитической неврастении обязательно должен прослеживаться врачом в течение длительного времени.

Состояния, сходные с психопатиями. Крепелин у конгенитальных сифилитиков выделяет патологический симптомокомплекс, характеризующийся более или менее резкими расстройствами в эмоциональной и волевой сферах, что придает клинической картине особые черты, наблюдаемые при различных психопатиях. Интеллектуальное развитие при этом или сравнительно невысоко или отмечается та или иная степень олигофрении. Этот патологический симптомокомплекс по роду его клинического выявления Крепелин подразделяет следующим образом: а) неустойчивые, б) возбудимые с повышенной раздражительностью, в) «враги общества», г) невротичные (или случаи с психопатической недостаточностью — *psychopathische Minderwertigkeit*) и д) истероидные.

Наиболее подробную клиническую картину этих состояний дает Е. О с и п о в а, подразделяющая их на две группы. Первая группа со стороны соматической характеризуется отсталостью в росте, диспластическим телосложением, видоизменениями скелета лица (западение корня носа, глубокие глазные орбиты, выдающаяся нижняя челюсть); нередко сиплый голос, хронический насморк, множественные уплотненные поверхностные лимфатические железы. *WaR* чаще положительная. Неврологические симптомы обычно отсутствуют. Со стороны психики отмечаются: расстройства настроения, резкие переходы от безразличного, хмурого настроения к возбужденному, раздражительному; частые злобные, гневные аффективные вспышки, преобладание низших органических эмоций, удовлетворение их любым путем, что нередко приводит к антисоциальным поступкам. Высшие эмоции бедны и недифференцированы, эмоциональная притупленность (отсутствие отзывчивости к страданиям других, неспособность к сочувствию).

Вторая группа отличается менее выраженными соматическими расстройствами (телосложение, видоизменение скелета лица), но зато большим наличием неврологических симптомов, сказывающихся в более частом поражении черепно-мозговых нервов (косоглазие, опущенное веко, угол рта и пр.). *WaR* часто отрицательная. Со стороны психики отмечается: неустойчивость настроения, являющаяся в быстрых переходах от приподнятого и возбужденного к плаксивому и раздражительному; эмоциональная возбудимость, неустойчивость, поверхностность эмоциональных переживаний, резкое психическое беспокойство. Из-за повышенной внушаемости, склонности поддаваться чужому влиянию нередко антисоциальные поступки; хвастовство, повышенная самооценка — дополняют эту клиническую картину. Сравнительно часты — плохой сон, быстрая физическая и психическая утомляемость, пониженная работоспособность. Это состояние сближается с неустойчивыми психопатами

Крепелина, по нашей терминологии с реактивно-лабильными, отчасти истероидами.

Течение описанных состояний длительное, специфическое лечение, если иногда и дает, то все же незначительные результаты. Акцент ставится на лечебно-педагогических мероприятиях. Первая группа при перевоспитании представляет большие трудности, но все же при систематически проводимых воспитательно-педагогических мероприятиях в целом ряде случаев достигаются известные положительные результаты. Вторая группа, более легкая в воспитательном отношении, является неблагодарной в том смысле, что достигнутые результаты не бывают стойкими и при некотором ослаблении педагогического контакта наступает рецидив (повторение) отклонений в поведении ребенка.

При распознавании нередко возникают большие трудности при отличии от конституциональных психопатий. Для первой группы известными опознавательными признаками могут служить: анамнез, характерные соматические расстройства, положительная WaR; для второй группы — анамнез и сравнительное обилие неврологических симптомов.

Приобретенный сифилис у детей наблюдается чаще вследствие заражения внеполовым путем (так называемый бытовой сифилис), значительно реже — половым. Заболевание внеполовым путем (связанное с некультурностью быта, в котором ребенок не отделяется от источника заражения), в подавляющем проценте случаев происходит в первые годы жизни ребенка, в силу чего наблюдаемая при этом клиническая картина в основном более или менее совпадает с описанной при врожденном сифилисе. Что касается сифилиса приобретенного (безразлично каким путем) в более поздние годы, то наиболее часто изменения со стороны нервной системы сказываются в виде уже описанной сифилитической неврастении, симптомы которой бывают иногда чрезвычайно усилены психогенным моментом («боязнь сойти с ума», «остаться на всю жизнь неизлечимым» и пр.). Помимо сифилитической неврастении могут также наблюдаться и другие формы сифилиса, вплоть до состояний, сходных с психопатиями. При специфическом лечении эти последние состояния дают несколько лучший результат, чем при врожденном сифилисе.

Патологическая анатомия. В случаях врожденного сифилиса при микроскопическом патолого-анатомическом исследовании обыкновенно наблюдается ряд уклонений в виде недоразвития извилин мозга, неправильного их расположения, задержки в развитии целых отделов центральной нервной системы, гидроцефалия и т. д. При микроскопическом исследовании также отмечается ряд изменений, являющихся остатками, свойственными эмбриональному (зародышевому) мозгу.

Другие патолого-анатомические изменения при врожденном и приобретенном сифилисе более или менее одинаковы. Наиболее часто встречаются поражения мозговых оболочек и сосудов. Поражение оболочек мозга носит характер очагового гуммозного и разлитого менингита, причем в процесс обыкновенно вовлекаются и сосуды. Первичное заболевание одних сосудов (без участия оболочек) тоже встречается сравнительно нередко, результатом чего яв-

ляется нарушение мозгового кровообращения с последующим размягчением.

Сравнительно часто на стороне пораженного полушария наблюдаются вторичные атрофии подкорковых узлов (зрительный бугор, хвостатое тело и т. д.).

Этиология и патогенез. Если этиология сифилиса (заражение бледной спирохетой — *spirocheta pallida*) установлена с достаточной точностью, то вопрос, почему одни заболевают сифилисом нервной системы, а другие нет, — заболевают различными формами, и до настоящего времени еще не может считаться окончательно разрешенным. Все же большинство современных ученых считает, что объяснение этому следует искать не в особенностях характера инфекции, а в особенностях самого организма, подвергшегося заражению. Различная общая конституция и связанные с ней неодинаковые реактивные способности ткани, конституциональные особенности разных органов, неодинаково влияющие на организм внешние факторы — вот что обуславливает заболевание сифилисом нервной системы одних лиц и отсутствие этого заболевания у других.

Из числа внешних факторов известную роль играет травма (в качестве предрасполагающего момента для внедрения очага инфекции). Большое значение в качестве предрасполагающих факторов приписывают переутомлению, а также алкоголизму.

Известное значение в качестве предрасполагающего фактора имеет и климат. В жарких странах сифилис и алкоголизм сравнительно мало причиняют вред туземцам. Урштейн объясняет это повышением (в связи с жарой) потливости, сопровождающейся сильными испарениями с кожи, а также большим количеством поглощаемой из-за жажды жидкости, в силу чего яды сифилиса, алкоголя растворяются и вымываются из организма, не успев в нем зафиксироваться. Это объяснение нельзя считать исчерпывающим; наряду с ним существует и другое, сводящееся к различию в анатомо-физиологическом строении туземцев: более развитая сосудистая сеть вызывает и более энергичную защитную реакцию организма. Примером подобной защитной реакции может служить более быстрое заживление у них ран.

Лечение сифилиса проводится путем применения следующих основных лекарств: ртуть, иод, висмут, сальварсан.

Лечение проводится во всех случаях (даже и при отрицательной WaR), когда клиническая картина устанавливает наличие заболевания сифилисом. Лечение проводится как в целях предупреждения прогрессивных форм, так и приостановления дальнейшего продвижения процесса. Само собой разумеется, что происшедшие дефекты нервной ткани лечением не восстанавливаются, чем объясняется полная безрезультатность лечения при таких формах, как, например, олигофрения на сифилитической почве. При проведении лечения у детей следует иметь в виду, что в отдельных случаях наступает не улучшение, а ухудшение состояния; в таких случаях следует прекратить антилюэтическое лечение, начав общеукрепляющее лечение. При лечении всегда следует иметь в виду возможность рецидива болезни, а потому при окончании лечения обязательны систематические повторные обследования соматического и психического

состояния ребенка. В настоящее время при лечении сифилиса мозга начинает завоевывать себе место лечение прививками малярии. По отзывам одних авторов это лечение дает положительные результаты, других — безрезультатно; накопление большего числа случаев будет в состоянии разрешить этот вопрос.

Юношеский (ювенильный) прогрессивный паралич.

В понятии юношеского (ювенильного) прогрессивного паралича по предложению К л и н е б е р г е р а (Klineberger) объединяют те формы, которые развиваются на почве врожденного сифилиса, причем возраст не играет существенной роли, так как описаны случаи начала болезни и после 20 лет. Возраст начала заболевания (колеблющийся в широких границах от 6 до 20 лет) в подавляющем проценте случаев все же приходится на 10—15 лет. Частота заболевания прогрессивным параличом по данным различных авторов не одинакова. Несколько обобщая эти данные, можно утверждать, что процентное отношение заболевших прогрессивным параличом к общему числу врожденных сифилитиков выражается 1,5—2,0%. Мальчики заболевают несколько чаще девочек. Прогрессивный паралич встречается как у детей, не представляющих до обнаружения заболевания никаких соматических и психических отклонений, так и у детей, бывших до заболевания физически и психически неполноценными. В последнем случае отмечаются задержки развития, деформации черепа, Гутчинсоновская триада, седловидная форма носа и т. д., та или иная степень интеллектуального недоразвития.

Начало болезни крайне редко бывает острым, обыкновенно болезнь начинается постепенно, исподволь. В одних случаях в начале болезни отмечаются упорные головные боли, мигрени, обмороки; в других случаях (что бывает значительно чаще) первые проявления болезни сказываются приостановкой физического (задержка роста) и психического развития. Нередко в этих последних случаях первыми признаками, обращающими на себя внимание окружающих, являются раздражительность, плаксивость, недоверчивость, упрямство, недостаток инициативы, понижение работоспособности. Больные перестают справляться с своими обычными занятиями, становятся рассеянными, невнимательными, неряшливыми; круг их интересов резко суживается. Перестают усваивать новое, постепенно забывают и то, что было приобретено раньше. Неудачи, отставание в учебе от товарищей, выявляющаяся на каждом шагу несостоятельность совсем не беспокоят больного, так как критическое отношение к своему состоянию у него ослаблено, он совершенно не замечает своей деградации. Параллельно с интеллектуальным распадом отмечается и эмоциональное оскудение. Больной становится эгоистичным, требовательным в выполнении своих желаний, равнодушным, тупым, безучастным к переживаниям других, безразличным к родным, близким. Настроение обыкновенно пониженное, вялое, изредка прерываемое недлительным психомоторным возбуждением, когда больной становится крикливым, суевливым, порывистым, навязчивым. В других случаях (что отмечается сравнительно реже) с самого начала болезни возбужденное, приподнятое настроение, большая психомоторная

подвижность, большое количество разнообразных желаний. Одни больные при этом проявляют разрушительные наклонности, другие становятся беспорядочно деятельными. Обыкновенно в дальнейшем течении болезни возбуждение сравнительно быстро сменяется апатичностью, вялостью, подавленностью. Нередко еще до полного интеллектуального оскудения выступающие на сцену влечения низшего органического порядка служат причиной антисоциального поведения ребенка. Происходит это потому, что влечения перестают тормозиться, сдерживаться и, возникнув, тотчас же претворяются в действие. Так например, на глазах у всех больной может отправить свои естественные потребности, в присутствии посторонних покушаться на изнасилование или беззастенчиво онанировать, совершить кражу понравившейся ему вещи и пр.

В отличие от прогрессивного паралича взрослых психическим расстройством при юношеском прогрессивном параличе нередко предшествуют соматические симптомы. Наличие некоторых из этих симптомов (хореиформные движения, очаговые симптомы, эпилептиформные припадки) свидетельствуют о близости юношеского прогрессивного паралича к сифилису мозга, т. е. процесс в отличие от взрослых отличается у детей меньшей диффузностью, большим наличием местных поражений (Шмидт-Крепелин).

Сравнительно нередко дебют болезни начинается припадками эпилептиформного характера или апоплектиформными инсультами, оставляющими после себя расстройства в виде параличей, парезов. Чаще эпилептиформные припадки бывают одиночными, но возможны случаи, когда они встречаются сериями (Крепелин приводит случай, в котором количество припадков достигало до 500 в неделю).

Из соматических расстройств наиболее рано отмечаются расстройства моторики. В начале заболевания походка несколько связанная, напряженная, в дальнейшем становится неуверенной, спотыкающейся; при стоянии с закрытыми глазами больной резко пошатывается или падает (симптом Р о м б е р г а). Со стороны общей моторики отмечаются разболтанные, неуклюжие, размашистые движения; постепенно слабеет сила рук и ног. Очень часто появляется тремор (дрожание) рук, языка, а также и всего тела. В ряде случаев наблюдаются хореиформные расстройства движений. Рисунок мимики, вначале несколько стертый — маловыразительное лицо — в дальнейшем изглаживается окончательно: лицо амимичное, тупое, застывшее на одном выражении. Речь, несколько замедленная в темпе, постепенно становится неясной, смазанной («словно каша во рту»), отчетливые спотыкания на слогах, как это бывает у взрослых, у детей почти не встречаются.

Помимо указанных симптомов, при психоневрологическом исследовании отмечаются также неравномерность зрачков, вялая их реакция на свет, а часто и полное отсутствие этой реакции при сохранности ее на аккомодацию (симптом А р ж и л ь - Р о б е р т - с о н а); иногда полное отсутствие реакции зрачков на свет и аккомодацию. При исследовании глазного дна сравнительно часто наблюдается атрофия зрительного нерва. Сухожильные рефлексy или резко повышены, или, наоборот, понижены, иногда неравномерны. Расстройства со стороны эндокринного аппарата (железы внутренней

секреции) при юношеском прогрессивном параличе встречаются сравнительно часто, сказываясь прежде всего на задержке развития роста: больные физически недоразвиты, инфантильны, выглядят моложе своих лет. Нередко отмечается недоразвитие половых органов (гипогенитализм), отложение жира на животе, иногда резко контрастирующее с общей худобой больного. Сравнительно часто отмечаются также мраморность кожи, ее сухость, синюшность конечностей, одутловатое лицо с желтовато-грязным оттенком кожи (явления гипотиреозидизма). *WaR* в крови и спинномозговой жидкости бывает положительной, все же в отдельных случаях она отсутствует, что стоит в известной связи с вялым течением процесса.

Течение болезни нередко длительное, в среднем 5—6 лет, в отдельных случаях до 9—10 лет. Болезнь протекает без резких скачков, без послабления (ремиссий), чем ее течение отличается от взрослых, у которых, отметим попутно, болезнь длится 3—4 года. Иногда в течении болезни (крайне редко) наблюдаются кататонические состояния в виде восковой гибкости, эхολалии, негативизма. Галлюцинаций, как это бывает у взрослых, обыкновенно не наблюдается. К л и н е б е р г е р считает, что галлюцинаций при этой форме никогда не бывает, обыкновенно это лишь иллюзорные восприятия. Постепенное оскудение психики приводит к полному распаду, глубокому слабоумию. Больные становятся неопрятными, едят собственные экскременты, тянут в рот несъедобные предметы; очень часто из-за общей физической слабости, параличей лежат в постели. Смерть наступает от общего упадка, истощения сил, иногда во время эпилептиформного припадка, иногда в связи с сепсисом (гнилокровием), имеющим своим источником пролежни.

Нарисованная клиническая картина характерна для *дементной формы паралича*. Эта форма, в отличие от прогрессивного паралича взрослых, наиболее часто встречается у детей, являясь для них почти единственной. *Маниакальная форма*, характеризующаяся наличием стойкого повышенного настроения, психомоторной возбудимостью, ярко выраженными бредовыми идеями величия, у детей почти никогда не встречается. Изредка встречающиеся у детей бредовые идеи величия носят нестойкий, отрывочный характер и очень быстро тускнеют на фоне нарастающего слабоумия. Так, например, больные утверждают, что они «переучили все книги», что «у них золотая голова», понимая это не в переносном, а в прямом смысле. У детей скорее приходится встречаться не с бредом, а с конфабуляциями — рассказывание сочиненных ими событий, с постоянно меняющимся содержанием. *Ажитированная форма* паралича с преобладанием раздражительности и резкой психомоторной возбудимости у детей встречается крайне редко.

П а т о л о г о - а н а т о м и ч е с к а я к а р т и н а при юношеском прогрессивном параличе (сходная в основных чертах с параличом взрослых) рисуется в следующем виде: разлитые воспалительные и дегенеративные изменения, сказывающиеся в нарушении строения клеток коры головного мозга, в разрастании глиозной ткани, в размножении капилляров, своеобразном пропитывании сосудов мозга плазматическими клетками. Остановки, задержки в развитии мозга, свойственные конгенитальному сифилису, обыкновенно кон-

статируются и при юношеском прогрессивном параличе, что несвойственно патолого-анатомической картине при параличе взрослых. Сравнительно нередкими патолого-анатомическими находками гумм и поражением сосудов мозга объясняется то, что в клинической картине юношеского прогрессивного паралича наблюдаются с известной частотой очаговые симптомы (параличи, парезы и пр.).

Распознавание нередко представляет трудности в тех случаях, когда болезнь начинается остро эпилептиформными припадками. В таких случаях может возникнуть вопрос об эпилепсии, отличиями от которой служат: 1) данные анамнеза, указывающие на сифилитическое отягощение; 2) положительная *WaR* и безрезультатность антиэпилептического лечения; 3) преморбидная (до заболевания) личность больного (эпилептики нередко и до заболевания проявляют особенности характера и виде резкой раздражительности, вспыльчивости; очень часто отмечается тугодумство, вязкость мышления, прилипание к аффекту и пр.); 4) наличие неврологических симптомов, изменение моторики; 5) приостановка физического развития, быстро нарастающее слабоумие. Вначале, когда изменяется характер больного, понижается его работоспособность, могут также встретиться затруднения при отличии от схизофрении. Помимо уже указанных отличий от эпилепсии при распознавании обращают внимание на большую контактность больного, снижение его работоспособности, связанное с интеллектуальным оскудением, наличие в поведении нелепых поступков, продиктованных неосмыслением ситуации. Об отличиях от сифилитического псевдопаралича сказано в своем месте. Крайне внимательным следует быть в тех случаях, когда при олигофрении на сифилитической почве отмечаются симптомы понижения работоспособности, изменения характера. В таких случаях всегда следует подумать о возможности начала прогрессивного сифилитического процесса, исключив его тщательным психоневрологическим исследованием.

Лечение. Совсем не так давно считалось твердо установленным, что лечение юношеского прогрессивного паралича совершенно безрезультатно, так как антисифилитическое лечение не давало никакого сколько-нибудь ощутимого эффекта. В последнее время это мнение, в связи с лечением малярией, значительно поколеблено, хотя все же по сравнению со взрослым это лечение у детей и дает пока менее ощутимые результаты. Нам думается, что сравнительно малая эффективность лечения малярией у детей обязана тому, что случаи юношеского прогрессивного паралича вначале не распознаются, блуждают от врача к врачу, пока они не попадут в руки специалиста. В таких случаях обыкновенно болезнь значительно запущается, причиняет значительный урон психике больного, а потому и результаты лечения мало эффективны. Другим моментом, снижающим результаты лечения, является также и то, что у детей отмечается не только слабоумливание в связи с болезнью, но и задержки в развитии психики на той стадии, на которой их застала болезнь. В силу этого психический дефект у них больше чем у взрослых, а потому после проведенного лечения картина улучшения менее ярка. Несмотря на это в ряде случаев, где ребенок до заболевания не обнаруживал психического недоразвития, где был рано распо-

знан процесс, лечение малярией дает более или менее полное восстановление работоспособности. Вот почему так важно раннее распознавание этой болезни. Как бы ни были пока еще мало эффективны результаты лечения малярией, все же это определенный просвет в той безнадежности, которая существовала раньше в отношении прогрессивного паралича.

IX. ПРОЦЕССЫ ЭКЗОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ (ИНФЕКЦИИ).

Эпидемический энцефалит.

Этиология и патогенез. Болезнь выделена и изучена лишь в последнее время, чему способствовала наблюдавшаяся в ряде стран (1919—22 гг.) эпидемия этого заболевания.

Этиологию эпидемического энцефалита связывают с особым возбудителем, до настоящего времени еще не открытым. Об особенностях яда при эпидемическом энцефалите в настоящее время известно, что путем прививки удастся заражение животных (особенно кроликов, обезьяны менее податливы); яд этот содержится в слюне, отделяемом носа и пр., отличается очень большой стойкостью (разрушается при нагревании выше 50° , высушивание его не разрушает). Воротами для проникновения яда в организм считают слизистую оболочку носа и зева, откуда, как думают, инфекция по нервным стволам проникает в головной мозг. Как показывает само название болезни, она распространяется эпидемически, но возможны и отдельные случаи заболевания вне эпидемии. Обычно заболевание усиливается зимой. Болезнь не щадит ни одного возраста и встречается как в раннем детстве, так и в грудном возрасте. Все же несколько обобщая, можно сказать, что чем моложе возраст, тем реже встречается заболевание. Мужчины предрасположены к заболеванию больше женщин, то же следует сказать и относительно мальчиков, превосходящих в процентном отношении в смысле заболевания девочек.

Острый стадий болезни. Симптомы при эпидемическом энцефалите весьма разнообразны. В ряде случаев болезнь начинается постепенно, предвестниками, в начале напоминающими собой состояние, наблюдаемое при гриппе. Это сходство симптомов подчеркивается иногда еще и тем, что в период предвестников отмечается незначительное повышение температуры. Ребенок вял, апатичен, жалуется на головные боли, ломоту во всем теле, конечностях, усталость, разбитость; иногда наблюдается беспокойный сон, бред по ночам. Обыкновенно подобное состояние длится несколько дней, лишь изредка затягиваясь на недели. Часто это недомогание не нарушает привычной деятельности ребенка: он продолжает посещать школу, играть со сверстниками и т. п. Нередко уже в это время слышатся впервые жалобы на двоение в глазах, иногда наблюдаются приступы сонливости. После этих предвестников, а иногда и без них, внезапно наступает острый стадий болезни.

Острый стадий по своим симптомам неодинаков, принято различать две формы со множеством переходов между ними. В одних слу-

чаях отмечается лихорадочное состояние, сонливость, глазодвигательные расстройства; сюда же нередко присоединяются хореоформные, атетоидные движения, иногда каталепсия. В других случаях на первый план выступает психомоторное возбуждение, бред, клонические подергивания мышц, дрожание, хореоформные движения.

Сравнительно часто острый стадий начинается повышением температуры, не достигающей высоких степеней, колеблющейся в пределах $38-39^{\circ}$. Наиболее ярким симптомом заболевания является расстройство сна. Если сонливость наблюдается в период предвестников, то она чаще бывает кратковременная, когда больной на несколько минут засыпает во время еды, за работой, иногда на ходу. В острой стадии болезни больной спит непрерывно, хотя его можно разбудить почти в любой момент. Просыпаясь, он ориентирован в окружающем, правильно отвечает на вопросы, выполняет предъявляемые ему требования (следовательно, его сон не бессознательное состояние, а скорее приближается к нормальному сну). Стоит оставить больного в покое, как он снова тотчас же засыпает, иногда не закончив того или иного действия; например, с ложкой во рту, которой он только что пользовался для приема пищи. В других случаях наблюдается обратное явление — упорная бессонница: больной часами не может сомкнуть глаз, сон его скорее похож на легкую дремоту, из которой он быстро выходит с тем, чтобы вскоре снова в нее ненадолго погрузиться. У одних больных бессонница сопровождается крайне тягостным чувством разбитости, усталости, напряжения; у других нет никаких неприятных ощущений, как-будто у них пропала нормальная потребность во сне. Нередко в периоды бессонницы отмечается своеобразное двигательное беспокойство больных: при ясном незатемненном сознании больной что-то перебирает в руках, постоянно двигается, как бы приминая постель и удобнее укладываясь, дотрогивается, ощупывает свои органы и пр. С внешней стороны движения производят впечатление целесообразных действий, но это лишь проявление двигательного возбуждения, действия носят насильственный характер, больные не в состоянии объяснить, почему они производят эти действия (*Beschäftigungsdelirium*).

Наиболее часто встречающимися и наиболее ранними симптомами являются расстройства со стороны глаз. Нередко еще в период предвестников больные жалуются на двоение в глазах. Очень часто в это же время отмечается и косоглазие, усиливающееся в острой стадии болезни. В острой стадии, кроме того, отмечается одностороннее или двухстороннее опущение верхнего века (*ptosis*). С окончанием острого периода болезни птоз и двоение в глазах обыкновенно исчезают, хотя в отдельных случаях могут наблюдаться и в хронической стадии.

Хореоформные движения чаще всего наблюдаются в конечностях, сравнительно редко затрагивают лицо. От хореи они отличаются меньшим объемом, большим сходством с целевыми движениями: больной как будто что-то отстраняет руками, отталкивает ногами и т. п. Атетоидные движения в остром периоде болезни встречаются крайне редко. Короткие сокращения отдельных мышц или мышечных групп (*миоклония*) затрагивают чаще всего мышцы лица, затылка, верхних конечностей, живота, бедер. В отличие от хореоформных движений миоклония часто не проходит и во сне. Сравнительно нередко наблю-

дается дрожание (tremor) рук, век, языка, туловища. Нечасто встречаются эпилептиформные судороги. Из вегетативных расстройств отмечается резкое слюнотечение; увеличенное отделение слюнных желез с припухлостью лица и особым его блеском, реже встречается в остром, чаще в хроническом, стадии болезни.

Крайне редко острый стадий эпидемического энцефалита протекает в виде острого психического расстройства, сопровождающегося психомоторным возбуждением, бредом, спутанностью сознания. При этом нередко отмечаются хореиформные движения, миоклония. В других случаях отмечается не психомоторное возбуждение, а резкая заторможенность, с оглушенным состоянием сознания: больной или застывает подолгу в одной позе, или неподвижно лежит в кровати, совершенно не реагируя на внешние раздражители. Такое состояние длится несколько недель, постепенно переходя в хронический стадий. По сравнению с психомоторным возбуждением подобное начало энцефалита встречается сравнительно реже.

Течение острого стадия у различных больных неодинаково. Лихорадочное состояние длится от нескольких дней до 2 недель, температура спадает постепенно; нередко в течение острого периода температура дает еще 2—3 недлительных подъема. Весь острый период болезни длится от нескольких дней до $1\frac{1}{2}$ —2 месяцев, в отдельных случаях и значительно дольше. Смертность во время острого периода по данным различных авторов колеблется от 10 до 35%. Бывает ли полное выздоровление после эпидемического энцефалита — вопрос открытый и до настоящего времени, так как мнения авторов резко между собой расходятся. Даже в тех случаях, когда наступило улучшение состояния после болезни, всегда таится для больного опасность нового рецидива, наступающего иногда через несколько месяцев, а иногда и через годы. Принято считать, что в подавляющем проценте случаев болезнь переходит в хронический стадий.

Хронический стадий наступает или непосредственно вслед за острым периодом болезни, или развивается спустя некоторое время (иногда годы) после него. Симптомы расстройств при хроническом энцефалите складываются с одной стороны из остатков разрушений (резидуальные явления), происшедших в остром периоде болезни, с другой стороны из новых симптомов, обусловленных тем, что продолжающий действовать в организме яд энцефалита поддерживает деструктивный процесс в мозгу.

Таким симптомокомплексом, свойственным преимущественно хроническому стадию болезни, является *паркинсонизм*.¹ При паркинсонизме отмечается скованность мускулатуры всего туловища, головы и конечностей; нередко отмечается дрожание рук (главным образом пальцев). Активные и пассивные движения затруднены, отмечается повышение тонуса мышц (гипертония), при этом сухожильные рефлексы обычно не повышены, патологические рефлексы отсутствуют. Нередко при стоянии и ходьбе туловище и голова наклонены вперед, опущенные вдоль туловища руки свисают до уровня колен (обезьяноподобная, питекоидная осанка). Ассоциированные движе-

¹ Симптомокомплекс получил название «паркинсонизма» за известное сходство симптомов, наблюдаемых при болезни П а р к и н с о н а (paralysis agitans).

ния отсутствуют, что придает походке больного вид куклы, маневскивает назад, не откидывает голову при угрожающем жесте, опасности. Выразительные движения (мимика и жестикуляция) крайне бедны: нередко лицо — амимичное, жесты невыразительные, скованные, часто совершенно отсутствуют. Движения крайне замедленные (арадикинезия), очень часто не доводятся до конца. Нередко, совершая то или иное действие, больной останавливается на полупути, подолгу сохраняя случайно принятую таким образом позу (статуеобразное положение). В отдельных случаях наблюдаются пульсии: ретропульсия, когда больного тянет назад или он падает назад, пропульсия — падение вперед, латеропульсия — падение в сторону.

К явлениям паркинсонизма следует также отнести и своеобразные припадки, наблюдающиеся сравнительно не часто у больных. Эти припадки происходят без потери сознания, в виде опускания на корточки, приседания, падения и т. п.; во время припадка резко повышается тонус мышц (почти невозможно разогнуть у больного руки, ноги), повышаются сухожильные рефлексy, дрожание, учащается пульс, усиливается слюнотечение. Длительность припадка от 1—2 минут, наблюдается от одного до нескольких припадков в день.

Наблюдаемые в хронической стадии расстройства речи являются весьма характерными: речь монотонная, мало выразительная, крайне медленная (в отдельных случаях, наоборот, ускоренная); иногда из-за пареза п. vagi (блуждающего нерва) с гнусавым оттенком. Сравнительно не часто наблюдается истощение речевого аппарата, когда больной в течение известного времени совершенно не может говорить.

У некоторых больных наблюдаются расстройства дыхания в виде приступов одышки. Длительность этих приступов обыкновенно исчисляется минутами (3—5), повторяются они по несколько раз в день, иногда бывают и ночью. Нередко также отмечаются расстройства глотания и жевания.

Крайне важным симптомом хронической стадии являются своеобразные изменения психики. Если интеллект формально и не расстраивается, то все же интеллектуальная деятельность часто страдает из-за крайней медленности психических процессов (брадифрения). Например, на предложенный вопрос ответ следует не сразу, а спустя длительный промежуток времени, при этом ответ дается по существу. С другой стороны, нередко особенности аффективной жизни больных накладывают известный отпечаток на интеллектуальную деятельность, центрируя внимание на определенных переживаниях, суживают круг интересов больного. Наконец, оторванность из-за болезни от обычной обстановки обуславливает педагогическую запущенность, отставание в развитии от сверстников. В крайне редких случаях, что стоит в связи с особенностями локализации процесса, наблюдается та или иная степень слабоумия. Весьма важными психическими изменениями у энцефалитиков являются понижение активности и инициативы (своеобразная психическая адинамия). В других случаях наблюдаются изменения психического состояния, сближающиеся с психопатиями, о них подробно речь будет дальше.

Из симптомов острого периода болезни в хронической стадии в

качестве остаточных (резидуальных) явлений наблюдаются расстройства сна, расстройства со стороны глаз, различные гиперкинезы, расстройство чувствительности и вегетативно-эндокринные изменения. Обыкновенно расстройства сна в хронической стадии выражены менее значительно и часто сказываются в затруднении засыпания, беспокойным сном ночью, сонливостью днем. Все же в отдельных случаях отмечается упорная бессонница или большая склонность к сонливости днем. Иногда отмечается извращение «формулы» сна: ночью бессонница, сон днем или в течение первой половины дня.

Расстройства со стороны глаз также менее рельефно выражены, чем во время острого периода болезни, но все же в отдельных случаях отмечаются двоение в глазах, опущение верхних век, редкие мигания (расширенные глазные щели при редком мигании придают выражению лица больных своеобразный вид). Из гиперкинезов в качестве резидуальных явлений отмечаются миоклонии в различных мышцах, ритмические судороги лица, различные формы тремора (дрожания) и пр.

Расстройства чувствительности, наблюдаемые в острой стадии, здесь также имеют свое место. Обыкновенно это боли в различных местах тела; их объясняют центральным происхождением, так как отсутствуют так называемые болевые точки. Нередко наблюдаются парестезии в виде неприятных ощущений в носу, слизистой оболочки глаз и т. д.

Расстройства вегетативно-эндокринного аппарата сказываются в повышенном слюноотделении, чрезвычайной потливости, повышенной жажде, ускорении пульса и пр. Сюда же относится сальное лицо, избирательное отложение жира и пр.

Несмотря на разнообразие симптомов, наблюдаемых в хронической стадии, их все же возможно до известной степени объединить, выделив две формы: адинамическую и гипердинамическую (Гуревич). Без сомнения, все разнообразие клинических случаев не всегда уложится в ту или иную форму, но все же наиболее типичные случаи найдут в них свое отражение.

Адинамическая форма. Эта форма у детей встречается сравнительно реже, чем у взрослых; характеризуется она наличием: а) паркинсонизма и б) психической адинамии, т. е. ослабления импульса к деятельности при сохранности интеллекта. В одних случаях явления паркинсонизма, выраженные то более, то менее отчетливо, остаются в картине болезни без существенных изменений; в других случаях они имеют тенденцию несколько сглаживаться, в третьих случаях, наоборот, — усиливаться. Психические изменения не идут параллельно с паркинсонизмом, и в отдельных случаях при наличии тяжелого паркинсонизма изменения психики сравнительно мало выражены; в других случаях на первый план выступают психические изменения при более или менее сглаженных явлениях паркинсонизма.

Со стороны психики в более легких случаях отмечаются повышенная утомляемость, неустойчивость настроения, ипохондрические жалобы, неуверенность в себе, в своих силах, отсутствие волевого напряжения в доведении начатого дела до конца, отсутствие инициативы, ожидание помощи, поддержки со стороны.

В более тяжелых случаях отмечаются резкое замедление психических процессов (брадифрения), аналогичное замедление движений (брадикинезия), иногда наблюдаются каталептоидные явления. Нередко больные безучастны, самостоятельно в контакт не вступают, но на вопросы отвечают по существу, чаще отрывочными короткими фразами. В отдельных случаях больные малоинициативны, бездеятельны (например сидят часами в одной позе); чаще же могут по настоянию выполнить несложную работу, не требующую большого волевого напряжения, усилия, внимания. Речь обыкновенно замедлена, иногда, наоборот, резко ускорена; в отдельных случаях темп речи настолько быстрый, что больного бывает трудно понять, до того неразборчива его речь.

Более легкие случаи адинамической формы могут дать повод для смешения с психогениями, отличия от которых будут следующие: 1) данные анамнеза, 2) независимость течения от благоприятных внешних условий, 3) наличие резидуальных явлений, паркинсонизма. Более тяжелые случаи дают повод к смешению с шизофренией. При распознавании отличительными признаками от шизофрении будут: 1) отсутствие при энцефалите отгороженности, аутизма; больные доступны, с ними возможен контакт; 2) отсутствие бреда, галлюцинаций; 3) восполнение недостатка собственной активности путем зарядки от других, «заражается чужой волей»; 4) отсутствие своеобразных особенностей шизофренического мышления, 5) наличие резидуальных явлений и паркинсонизма, 6) в ряде случаев проливает яркий свет хорошо собранный анамнез.

Г и п е р д и н а м и ч е с к а я ф о р м а. Гипердинамическая форма характеризуется изменениями в эмоционально-волевой сфере, напоминающими своеобразные психопатические состояния. Эта форма встречается почти исключительно у детей и подростков; у взрослых подобные изменения наблюдаются крайне редко, причем у них эти изменения психики не занимают в картине болезни ведущего положения. Гипердинамическая форма возникает после острого периода болезни не сразу, а спустя месяцы, иногда годы. В ряде случаев острый период энцефалита, протекающий после какой-нибудь инфекции (гриппа, кори), совсем не распознается или считается осложнением перенесенной инфекции, а потому наступающие в психике ребенка изменения являются для окружающих часто совершенно неожиданными. Подобная неожиданность находит себе объяснение также и в том, что при гипердинамической форме резидуальные явления или выражены незначительно, или совершенно отсутствуют (в частности, не наблюдается паркинсонизма). Интеллект обыкновенно не затронут, отмечаются лишь своеобразные изменения характера. Наблюдаемые после эпидемического энцефалита изменения характера весьма разнообразны, но все же их можно объединить в более или менее типичные симптомокомплексы. Один из таких симптомокомплексов по предложению А л ь б р е х т а получил название «анэтического», по терминологии французских авторов — «тип апаша» (apache type). В основу этого симптомокомплекса положены этическая недостаточность, моральные отклонения детей, их антисоциальное поведение (воровство, бродяжничество, сексуальная агрессивность, злобность, жестокость и т. д.). Название этого симптомокомплекса «анэтическим» является

неудачным, так как: 1) этим термином подобные случаи сближаются с состояниями, которые раньше описывались, как «моральное помешательство» (*moral insanity*), 2) не вскрывается сущность происходящих в психике изменений. Принять термин «анэтический» (без этики, без морали) — это значит снова возвратиться к тому получившему у нас вполне справедливое осуждение термину «морально-дефективный», которым штамповался почти каждый ребенок с антисоциальным поведением. А так как при этом иногда понимают «мораль», как нечто врожденное, то принятие этого термина снова отбросит нас назад к Ломброзо с его учением «о врожденном преступнике». Если советская психиатрия отбросила, как неверное, понятие о *moral insanity*, то не следует под тем или иным новым термином вводить эту уже осужденную, неправильную концепцию. Термин французских авторов ставит акцент на антисоциальном поведении, уподобляя ребенка, подростка апашу. Признак «антисоциальность», не вскрывая сущности наблюдаемых уклонений, неприемлем для медицинских целей также и потому, что он в конечном итоге приводит к биологизации социальных явлений. То состояние, которое описывается как «анэтический симптомокомплекс», обязано в основном расторможению низших органических влечений. В резко выраженных случаях эти влечения становятся непреодолимыми и обыкновенно, возникнув, тотчас же претворяются в действие, в силу чего поступки носят импульсивный характер. Например, подросток может в присутствии посторонних отправить естественные потребности; правильно отвечая на вопросы, может неожиданно встать с места, подойти к столу, начать перебирать предметы, почти на виду положить в карман понравившуюся ему вещь. Такое поведение может создать впечатление об интеллектуальной недостаточности, из-за которой больной неправильно осмысливает ситуацию. Это впечатление ложное: интеллект больного сохранен, но у него нет тормозов, а потому его поступками управляют только влечения. В менее резко выраженных случаях ребенок перестает считаться с интересами окружающих, становится эгоистичным, настойчивым, агрессивным в достижении своих целей, связанных с удовлетворением влечения данного момента. Неисполнение его желаний нередко вызывает бурную аффективную вспышку; ребенок грубеет, проявляет резкое упрямство, злобность, раздражительность. В ряде случаев, когда не удается удовлетворить возникшее влечение законным способом, больной для осуществления его встает на антисоциальный путь. Слабая способность к торможению особенно рельефно выявляется в тех случаях, когда в качестве правонарушителя подросток попадает в закрытое исправительно-трудовое учреждение, где среди несовершеннолетних существует непреложная этика — не воровать у своих. Обыкновенно в подобных случаях подросток, хотя и знает о грозящей ему жестокой расправе со стороны сверстников, все же не может удержаться и присваивает понравившуюся ему вещь, ворует съестное.

В некоторых случаях наблюдается повышенное сексуальное влечение, находящее себе отток в безудержном онанизме или сказывающееся в попытках к изнасилованию. Иногда проявляются и садистические наклонности в виде кусания, царапания, жестоких мучений, причиняемых более слабым детям, истязания животных. В

отдельных случаях отмечается стремление постоянно менять обстановку, причем иногда и в этом бродяжничестве сказывается импульсивный характер.

Из приведенного схематического описания клинической картины этого состояния все же не трудно видеть, что основным моментом, обуславливающим подобный симптомокомплекс, является «обнаженный Trieb» (влечение), а не антисоциальность, являющаяся лишь вторичным, производным (и при этом совсем необязательным) моментом.

На ряду с этим симптомокомплексом встречаются и другие. Один из них (Гуревич называет его дистимическим) сказывается в пониженном настроении, плохом самочувствии, плаксивости, постоянном приставании к окружающим со всевозможными жалобами, просьбами, в болтливости на разные темы и пр. Герстман (Gerstmann) называет подобное состояние навязчиво повышенным стремлением к общению (Mitteilungsdrang). Несмотря на подобное стремление к общению, эти больные часто бывают одиноки, так как они раздражают сверстников своей навязчивостью, мелкими ссорами, вечными жалобами и недовольством. Не находя себе пристанища у детей, больные ищут общества взрослых, но и здесь обыкновенно не приживаются: утомляют их назойливость, нескончаемые просьбы и жалобы, постоянная болтливость, в которой они нередко передают всевозможные слухи, сплетни. Предоставленные самим себе, больные подолгу ничем заняться не могут и, несмотря на то, что их все от себя прогоняют, они снова и снова пытаются завязать общение с окружающими, причем ни угрозы, ни удары по их самолюбию, ни другие всевозможные препятствия их от этого не останавливают.

Близок к дистимическому и другой симптомокомплекс — гипертимический (Гуревич), при котором отмечаются повышенное настроение и психомоторное беспокойство. Последнее сказывается в постоянной суетливости, перескакивании с места на место, в перебирании предметов, назойливом приставании к окружающим. Иногда на общем фоне хорошего настроения выявляется раздражительность, грубость, лживость.

Течение хронического энцефалита длительное. При адинамической форме наблюдаются колебания в течении: периоды послабления болезни (ремиссии) и ухудшения. Нередко ухудшения в течении бывают настолько значительными, что они полностью инвалидизируют больного, делая его совершенно непригодным к какой бы то ни было деятельности. В отдельных случаях ухудшения приводят к резкому ослаблению организма и смерти. Гипердинамическая форма характеризуется более постоянным течением. В отдельных случаях симптомы постепенно бледнеют и приспособляемость больного к окружающим условиям восстанавливается почти полностью. В целом ряде случаев больные с гипердинамической формой крайне тяжелы в условиях общежития, постоянно приходят в конфликт с окружающими, дают частые рецидивы правонарушений.

Патологическая анатомия. Патолого-анатомическая картина при эпидемическом энцефалите приближается к той, какая наблюдается при прогрессивном параличе. Отличия заключаются в локализации: при прогрессивном параличе отмечается главным образом корковое

поражение и при этом большее распространение процесса, при эпидемическом энцефалите в остром и хроническом стадиях отмечаются воспалительные явления в продолговатом и среднем мозгу, а также в подкорковых узлах (преимущественно в полосатом теле, зрительном бугре). В отдельных случаях описаны также поражения коры лобных долей.

Распознавание гипердинамической формы может встретить затруднения при отграничении от конституциональных психопатий. Известными отличиями при дифференциальном диагнозе могут служить: 1) данные анамнеза, указывающие на определенный момент начала изменения психики, 2) иногда наличие резидуальных неврологических симптомов, 3) затруднения при отнесении к какой-либо определенной форме конституциональной психопатии, 4) меньшая зависимость течения от благоприятных внешних условий, 5) меньшая эффективность лечебно-педагогических мероприятий.

В некоторых случаях возникают сомнения при отграничении от состояний, сходных с психопатиями, при сифилисе мозга. Следует помнить, что WaR не может служить достаточно надежным опознавательным признаком, так как она иногда, несмотря на полное исключение клиническими данными сифилиса, все же бывает положительной. В таких случаях диагноз может быть поставлен на основании тщательного изучения клинической картины психических изменений, в которых вырисуются или расторможенность влечений при сохранности интеллекта, или *Mitteilungsdrang* при дистимическом симптомокомплексе, или психомоторное беспокойство и назойливость при гипертимическом симптомокомплексе.

Лечение. Несмотря на многочисленные попытки лечения (уротропин, салициловый натр, ртутная серная мазь, внутривенное вливание иода, впрыскивание молока, скополамин и многое другое), сколько-нибудь эффективных результатов до сих пор не получено. Лечебно-педагогические мероприятия дают известный результат при систематическом их проведении, когда правильно дозирован режим и настойчиво проводится рабочая терапия. Само собой разумеется, что при хорошо организованном присмотре правонарушений не бывает. Катамнез ряда наших случаев указывает на то, что некоторые тяжелые правонарушители с так называемым «анэтическим симптомокомплексом», находившиеся на перевоспитании в трудовом доме, впоследствии настолько выравнивались, что выполняли на производстве более или менее сложную работу, не обнаруживая никаких дефектов поведения. К сожалению, катамнез пока проведен нами на ограниченном числе случаев, а потому мы воздерживаемся от широких обобщающих выводов, приводя полученные в отдельных случаях положительные результаты лишь в качестве иллюстрации.

Инфекционная хорея.

Болезнь известна под целым рядом названий: малая хорея, пляска св. Витта, хорея Сиденгама (*Sydenham*). Сиденгам первый и притом на основании всего пяти случаев отграничил хорею от сходных с ней заболеваний (середина XIX в.). Хорея является исключительно детским заболеванием, свойственным концу дошколь-

ного (редко заболевают дети моложе шести лет), главным же образом школьному возрасту; после 15 лет хорея почти никогда не встречается. Среди девочек процент заболевания хореей выше, чем среди мальчиков. Обыкновенно болезнь встречается в зимние месяцы и ранней весной, крайне редко летом. Хорею относят к инфекционным заболеваниям, причем возбудитель болезни до настоящего времени не обнаружен. В последнее время поднимался вопрос о сродстве яда хорей и эпидемического энцефалита, но пока еще слишком мало данных за то, чтобы ответить на этот вопрос положительно. В анамнезе больных хореей нередко указания на суставной ревматизм, на заболевания сердечных клапанов (эндокардит), часто или предшествующие хорее или развивающиеся одновременно с ней. В ряде случаев хорея начинается после скарлатины, ангины, рожистого воспаления. Связь хорей с перечисленными заболеваниями до настоящего времени остается невыясненной.

При заболевании хореей известную роль играет соматическая неполноценность родителей в виде туберкулеза, ревматизма, а также та или иная психическая недостаточность: психопатии, постинфекционные психозы и т. д. (Керер, Е. Осипова). Значительно большее влияние, в смысле фактора, предрасполагающего к заболеванию хореей, оказывает конституция больного. Конституциональные особенности хорейка в соматической области сказываются в виде общей физической слабости, а также недостаточности сердечно-сосудистой системы, в невро-психической области — неустойчивости вегетативного аппарата, раздражительной слабости нервной системы, пониженного психического тонуса, недоразвитой моторики (Е. Осипова).

Симптоматология. Болезнь начинается постепенно, без повышения температуры. Вначале отмечаются лишь психические изменения, к которым вскоре присоединяется своеобразное расстройство движений. Первые симптомы болезни сказываются несколько повышенной раздражительностью, капризами, неустойчивостью настроения, легкой утомляемостью. Через несколько дней нарастает психомоторное беспокойство (реже состояние угнетения), более рельефно выступают раздражительная слабость и истощаемость нервной системы: ребенок быстро утомляется, раздражается по ничтожному поводу, грубит, дерзит при неисполнении его желаний, плачет по пустякам, плохо спит, аппетит понижен. Нередко в начале болезни окружающие принимают ее проявления за капризы, лень, шалости ребенка, и случается, что за это его наказывают.

Обыкновенно с усилением психических явлений отмечается начало и характерных для хорей разнообразных непроизвольных движений отдельных мышечных групп и частей тела, что обуславливает расстройство координации движений. В начале заболевания, а при легких случаях хорей и в дальнейшем течении болезни, отмечается лишь незначительное двигательное беспокойство в кистях рук. Обыкновенно это сказывается в том, что ребенок начинает неряшливо писать, разбрызгивает чернила, роняет мелкие предметы и пр. В дальнейшем к этому присоединяется беспокойство мышц лица, подергивание плеч, надплечий; при лежащем положении замечается подергивание мышц конечностей. При волнении, физическом усилии, утомлении движения становятся более выраженными, при по-

кое — ослабевают, во время сна становятся малозаметными, почти отсутствуют. Волевым усилием больной может на один короткий момент подавить эти движения. На 3—4 неделе от начала заболевания как непроизвольные движения, так психические изменения, достигают своего максимального развития.

В более тяжелых случаях хореи непроизвольные движения выражены значительно резче. Отмечается сильное гримасничание, прищелкивание языком, резкое запрокидывание головы. Жевание затруднено, больной не сразу проглатывает пищу. Речь также расстроена: иногда больной с трудом по частям произносит слово, иногда первую половину слова громко выкрикивает, вторую произносит совершенно беззвучно. Почти непрерывные подергивания в конечностях и туловище мешают целевым движениям. Больной не в состоянии самостоятельно есть: разливает пищу, проносит ложку мимо рта, посуда падает из рук, руку подает броском, протянутую руку схватывает после ряда неудачных попыток. Спокойно сидеть он также не может: то подпрыгивает, то ерзает на месте, то притопывает ногами. При ходьбе его или отбрасывает в сторону, или у него подкашиваются ноги. Пребывание в постели несколько ослабляет двигательное беспокойство, но и лежа в постели больной все же беспрестанно мечется, разбрасывает руки и ноги, гримасничает. В тяжелых случаях хореи психомоторное возбуждение достигает значительной силы; настроение подавленное, сильная раздражительность, капризы, слезы. Нередко наблюдается судорожный плач и долго не прекращающиеся всхлипывания. Очень часто отмечается упорная бессонница. Сравнительно редко встречаются выраженные психозы: депрессивное и маниакальное состояния, иногда галлюцинаторная спутанность.

При неврологическом исследовании обращает на себя внимание понижение тонуса мышц (гипотония), иногда незначительное понижение сухожильных рефлексов.

В тех случаях, когда двигательное беспокойство ограничивается одной половиной тела, говорят о г е м и х о р е е (*hemichorea*). В значительном проценте случаев двигательное беспокойство бывает и на другой половине, но выражено оно крайне слабо, едва заметно. В некоторых случаях заболевания хореей в начале бывает двигательное беспокойство одной половины тела, в дальнейшем течении болезни затрагивается и другая половина. Обыкновенно течение гемихореи бывает сравнительно легким.

В отдельных случаях окружающие обращают внимание не на двигательное беспокойство, а на то, что ребенок перестает владеть рукой или рукой и ногой. В подобных случаях действительно имеется слабость и недостаточность движений в конечностях (*chorea paralytica*, *chorea mollis*). При исследовании отмечается, что на одной стороне движения конечностей более затруднены, чем на другой, при этом речь идет не об ограничении функции в виде паралича или пареза, а о задержке, запаздывании движений. В таких случаях обыкновенно на больной конечности тонус мышц и сухожильные рефлексы значительно понижены. В подавляющем проценте случаев *chorea paralytica* является лишь начальной фазой и в дальнейшем симптомы болезни ничем не отличаются от описанных обычных форм хореи.

Течение болезни не всегда одинаково, средняя продолжительность ее $1\frac{1}{2}$ — 2 — 3 месяца. У младших детей хорее протекает быстрее и легче. По тяжести двигательного беспокойства крайне трудно сделать предсказание о длительности течения: бывают случаи с резко выраженными двигательными явлениями, заканчивающиеся сравнительно быстро; наоборот, случаи с незначительными двигательными проявлениями протекают медленно, вяло, затягиваясь на более длительный срок. Сравнительно часты возвраты (рецидивы) болезни. Чаще бывает однократный рецидив, реже двукратный и множественные; рецидив наступает через несколько месяцев, иногда спустя год, полтора. Если в течение $1\frac{1}{2}$ — 2 лет не было рецидива, то можно быть уверенным, что он не наступит. Протекают рецидивы значительно легче, чем основное заболевание. Хотя при хорее смертельный исход наблюдается сравнительно редко (от общего истощения, перерождения мышц сердца), все же болезнь является серьезной и требует в выраженных случаях постельного режима. Собранные некоторыми авторами катамнестические данные о переболевших хореей детях отмечают у них в известном проценте случаев своеобразную слабость движений (лишние движения, чаще при утомлении — Гутман), а также более или менее стойкие изменения в психической сфере, напоминающие собой аналогичные изменения при эпидемическом энцефалите (раздражительность, неуживчивость, грубость, вялость, медлительность и т. д. — Е. Осипова). Данные катамнеза нуждаются еще в дальнейшей проверке, но все же они показательны в том отношении, что колеблют взгляд на хорею как на совершенно безобидное заболевание.

П а т о л о г и ч е с к а я а н а т о м и я. Расстройство движений при хорее связывают с нарушением функций экстрапирамидной системы, включая сюда не только большие узлы основания, но и мозжечковую систему. Более поздние работы объясняют хорею выпадением тормозных функций striatum (растормаживание pallidum). Так как от хорей больные погибают сравнительно редко, то и патолого-анатомические исследования хорейков насчитывают небольшое число случаев. Вопрос об анатомической основе заболевания для настоящего момента еще не может считаться разрешенным.

Р а с п о з н а в а н и е хорей может встретить затруднения в тех случаях, когда хореоформные явления наблюдаются и при других заболеваниях. В некоторых случаях могут встретиться затруднения при отграничении от эпидемического энцефалита. Отличительными признаками могут служить: 1) данные анамнеза, 2) безлихорадочное течение, 3) более выраженное двигательное беспокойство, 4) отсутствие неврологических явлений в виде расстройств со стороны глаз, лицевого нерва и т. д., 5) отсутствие сонливости, 6) отсутствие резких изменений в психике. Иногда возникают затруднения при отграничении от тика: при тике движения имеют ограниченную местную локализацию, стереотипны, нет свойственных хорее изменений психики, отсутствует гипотония мышц. Об отличиях паралитической хорей от паралича и пареза уже сказано раньше.

Л е ч е н и е. Мы уже упоминали о том, что прежде всего при хорее показан покой, лучше всего достигаемый постельным содержанием больного. При резком разбрасывании в постели необходимо

оградить больного от ушибов, падения (подушки, сетка, подставление второй кровати и т. д.). Обыкновенно проводится общее укрепляющее лечение. Из медикаментов применяют мышьяк, антипирин, внутривенное вливание салицилового натра и пр. По выздоровлении ребенок должен в течение известного времени находиться под наблюдением врача. Так как после заболевания остаются раздражительная слабость и истощаемость нервной системы, сдвиги в характере, то лучше рекомендовать таким детям в течение полугода—года, посещать оздоровительные классы, а не обычные классы массовой школы. При невозможности осуществить это педагог массовой школы должен быть предупрежден и инструктирован в смысле воспитательного подхода к ребенку, перенесшему хорею. Этот воспитательный подход в основном приближается к тому, который рекомендуется нами при *Nervosität*, психастении, неврастении, о чем речь будет дальше. Нередко случается, что из-за психических особенностей, являющихся остаточными после болезни, ребенок зачисляется в разряд трудновоспитуемых, переводится в соответствующий класс, где он обыкновенно еще больше ухудшается, так как требует к себе другого воспитательного подхода.

Х. СХИЗОФРЕНИЯ.

Схизофрения (от греческого *σχίζω*¹ — разобщаю, разъединяю, расщепляю) — термин, введенный (1911 г.) в психиатрию Блейлером (*Bleuler*) с целью оттенить наиболее существенные явления болезни — разобщение, расщепление личности.

Под другими названиями болезнь была известна еще задолго до Блейлера. Так, еще в 1857 г. Морель (*Morel*) в своем «Трактате о вырождении» употребляет термин *Démence précoce* — раннее слабоумие, правда, в более узком смысле и несколько в ином значении. Выделенная Кальбаумом (*Kahlbaum*, 1869) кататония (от греческого *katateino* — напрягаю) — психическое заболевание с напряжением мускулатуры (*Spannungsirresein*) — была следующим шагом на пути изучения этой болезни. Через два года (1871) ученик Кальбаума Геккер (*Hecker*) описал особую форму психического заболевания, которой он дал название гебефрении (юношеское помешательство). Все это были различные симптоматологические группы, объединенные лишь одним признаком — тенденцией к распаду личности. Исходя из этого признака, Крепелин (1893) объединил в своем учебнике в одну группу «процессов психического распада» и кататонию, и гебефрению, и некоторые бредовые формы параноического характера, быстро заканчивающиеся слабоумием. В дальнейшем (1898 г.) этой группе он присвоил название *dementia praecox* (раннее слабоумие), так как в тот период времени считалось, что заболевание протекает исключительно в юношеском возрасте. В дальнейшем возраст, как вспомогательно-диагностический признак, стал отходить на второй план, так как были описаны случаи наступления кататонии в более позднем возрасте. В 1908 г. Санкте де Санктис (*Sancte de Sanctis*) и Т. Геллер (*T. Heller*) одновременно и независимо один от другого описали заболевание, начинающееся в весьма раннем детстве и заканчивающееся слабоумием. Санкте де Санктис дал этому заболеванию название — *dementia praecissima* (раннейшее слабоумие), а Геллер — *dementia infantilis* (детское слабоумие). Таким образом заболевание было известно под разными названиями, которые Блейлер и объединил общим термином «схизофрения». Хотя термин Блейлера и вошел в психиатрический обиход, но отдельные школы понимают его по-разному. В то время как немецкая школа и в значительной части русская

¹ Нередко вместо «схизофрения» говорят «шизофрения»; такая замена объясняется громоздкостью для русской речи такой комбинации, как «сх».

считают, что этим термином целиком покрываются различные формы, объединенные Крепелином в *dementia praecox*, французская школа (школа Клода — Claude) одновременно признает и *dementia praecox* Крепелина и простую, латентную шизофрению Блейлера. *Dementia praecox* понимается школой Клода как ослабляющий процесс органического происхождения (имеются патолого-анатомические изменения), возникающий без особого предрасположения, особой конституции; шизофрения — как психогенное развитие расстройств путем усиления бывших до психоза — препсихотических особенностей личности (в силу этого обязательность особой конституции); при болезни отсутствуют патолого-анатомические изменения, в течении ее возможны остановки, ремиссии, выздоровление, в первых двух стадиях (шизоидия, шизомания) — отсутствие слабоумия, возможность его в третьей стадии.¹ В дальнейшем изложении мы будем придерживаться термина «шизофрения» в понимании его немецкими авторами, выделяя особо психопатические личности (шизоидный круг) и шизоидные реакции.

Общая симптоматология.

В виду того, что отдельные формы шизофрении нечетко отграничены одна от другой, существуют смешанные переходные формы и, кроме того, в течении болезни у одного и того же больного могут наблюдаться симптомы, относящиеся к различным формам, мы считаем целесообразным дать сначала общую симптоматику шизофрении.

Описание психических изменений при шизофрении мы начнем с мышления, так как его расстройства нередко являются начальным, а иногда и единственным симптомом болезни. Это мышление Блейлер характеризует как *аутистическое*. «Аутизм — преобладание внутренней жизни, сопровождающееся активным уходом из внешнего мира», в силу чего аутистическое мышление в той или иной степени является отщепленным, оторванным от действительности, с которой иногда бывает связано лишь чисто формально. Этот отрыв от действительности и игнорирование временных соотношений (бесцеремонное перемешивание настоящего, прошедшего и будущего) роднит аутистическое мышление с фантастическими построениями, которые все же отличаются от него тем, что материал для них берется из конкретной реальной жизни, соответственным образом комбинируясь. Как бы далеко фантаст ни ушел в своих грезах, как бы сильно ни оторвался от действительности, он все же не теряет с ней связи, нет «чувства потери реальности», а потому его поведение не кажется ни смешным, ни нелепым, ни странным, ни непонятным, как это бывает у шизофреника, потерявшего связь с действительностью. Как фантастические построения, так и аутистическое мышление располагают к бездеятельности, но все же и здесь не трудно подметить различия: фантаст выполняет требования, предъявляемые ему действительностью, правда, часто ограничивая их лишь крайне необходимыми для известного существования, шизофреник игнорирует все эти требования, не делая между ними никакого выбора, нередко предоставляя заботу о своем существовании другим. В отдельных случаях (особенно в начале процесса) у шизофреников, наоборот, отмечается повыше-

¹ Эволютивные стадии следующие: 1) шизоидная (интравертированные мечтатели, упрямцы, апрагматичные); 2) шизомания (болезненная мечтательность, болезненное упрямство, простая шизомания, циклическая форма); 3) шизофрения (простая, скрыто протекающая).

ние активности, при этом нередко направленной на несущественное, неважное (например, целыми днями переписывают энциклопедический словарь, занимаются сложными, никому ненужными вычислениями и пр.).

Когда к аутистическому мышлению применяются требования логического мышления, то говорят о расстройстве ассоциативной деятельности, так как течение ассоциаций не подчиняется законам логического мышления. Привычные для нас ассоциации сочетаются у схизофреника в причудливые связи, главная ассоциация подменяется побочными (*соскальзывание мыслей*), мысль идет своеобразным непонятным для нас путем, то возвращаясь к пройденному этапу, то неожиданно обрываясь и продолжаясь новым потоком, не имеющим ничего общего с ее начальным истоком. В результате очень трудно понять этот ход мыслей: с точки зрения логического мышления выводы, умозаключения схизофреника кажутся неожиданными, нелепыми, противоречивыми. Это расстройство ассоциативного процесса принято называть *разорванностью мышления* (*Zerfahrenheit des Denkens*).¹ Крайне важным симптомом (если он часто возникает или принимает длительный характер) является торможение, *задержка мышления* (*Sperrung*): мысль внезапно обрывается, ускользает, в мышлении на некоторое время создаются пробелы, паузы, больной жалуется, что «мысли отнимаются» (При сильном утомлении, резком аффективном напряжении этот симптом может иметь место и у совершенно здоровых людей). В отдельных случаях наблюдаются «назойливые мысли», необходимость беспрестанно думать, думать против собственного желания (ощущение несвободы своих мыслей), как бы находясь под чьим-то влиянием, повторяя чужие, подсказанные мысли. Память, способность к запоминанию, воспроизведение обыкновенно не нарушены.

Расстройство мышления может дать повод к ложному впечатлению о нарушении сознания; больной отвечает невпопад, не по существу, говорит нелепости, неверно называет время дня, окружающих лиц и пр., что, все вместе взятое, создает представление о дезориентированности больного, и только из его случайных замечаний возможно бывает убедиться, что он достаточно хорошо ориентирован в месте, времени, окружающей обстановке. Поэтому расстройство мышления, нередко встречающееся и изолированно, не следует отождествлять с расстройством сознания. Вообще необходимо заметить, что способность ориентироваться в окружающем, месте и времени у схизофреников вполне удовлетворительная, расстраивается она лишь при глубоком заторможении (ступоре), а также в случаях помрачения

¹ Ряд авторов (Берингер, Груле и др.) объясняет особенности схизофренического расстройства мышления «недостаточностью интенциональной дуги», т.е. недостатком у схизофреников руководящего понятия, целеустремления, действующего в определенном направлении и организующе связывающего мысль. Схизофренику недостает способности действовать по собственному побуждению, нехватает инициативы. По аналогии с техническими приемами в ремесле можно сравнить суждение, умозаключение, осмысление, которые суть только духовные приемы. Чтобы создать вещь, мало одних технических приемов, нужны план, понимание, творчество, изобретение, т.е. в конечном итоге инициатива. Ее как раз и нехватает схизофренику. «Схизофреническое расстройство мышления в существе своем есть расстройство высшей сферы личности, интеллектуальной инициативы, интеллектуальной продуктивности» (Груле).

сознания при остром возбуждении и спутанности. Подобные помрачения сознания у схизофреников, как это отмечает Груле, бывают крайне редко. Характерной особенностью расстройства сознания схизофреников является меньшая степень наличия «я» в сознании, меньшая насыщенность сознания этим «я». Обладая сознанием своего «я», мы с ним связываем происходящие у нас психические процессы; у схизофреников подобная связь нарушена: происходящие психические процессы он не относит к «я», отделяет их от «я», рассматривает их как бы со стороны, наблюдая за ними, регистрируя их. Нередко он и о себе говорит в третьем лице, так как его мысли и чувства — не его мысли и чувства, «это с ним так делают». Это расстройство «я» нередко (особенно в начале процесса) тяжело переживается больным: ему кажется, что он стал другим, подменили его личность, с ним происходит что-то странное, непонятное, необычное.

Расстройства мышления и сознания отражаются и на речи больных. Одни очень много говорят, другие совсем перестают говорить (*мутизм*) или стереотипно повторяют отдельные слова, фразы. Нередко на вопросы отвечают избирательно, проявляют ту же избирательность и в отношении отдельных лиц: с одними говорят, с другими отмалчиваются. Иногда говорят короткими, отрывистыми фразами (*стиль телеграмм*), иногда нанизывая в беспорядке слова одно на другое (*словесный салат*), или бессмысленно повторяя отдельные слоги, слова (*вербигерация*). Нередко речь изобилует новыми словами (*неологизмы*), не встречающимися в обиходе, изобретенными самим больным (например, «нофзакология» — учение о новом философском законе). Механизм возникновения неологизмов Груле объясняет отчасти тем, что необычные, странные, причудливые переживания больного не находят себе равнозначного отображения в речи, а потому требуют новых, столь же необычных, но понятных самому больному слов. Со стороны письма также отмечается целый ряд расстройств: вычурные буквы, подчеркивания, завитушки, обилие знаков препинания или их полное отсутствие, стереотипные повторения отдельных слов, фраз, символические обозначения, рисунки и пр.

Расстройства эмоциональной сферы сказываются в понижении аффективности, в отсутствии заинтересованности окружающим, отсюда частое безразличие, холодность, безучастность к родным, близким, полное равнодушие к своей судьбе. Больные теряют внутреннее чувство такта, становятся грубыми, беззастенчивыми, несдержанными, навязчивыми. Но не столько в понижении или отсутствии аффектов сказываются эмоциональные расстройства при схизофрении, сколько в отсутствии координации между аффектами и интеллектом (*интрапсихическая атаксия* — Странский). У них нет «логики аффекта» (Антон). Они не умеют регулировать аффектов: иногда ничтожный повод может вызвать взрыв аффекта, в других случаях на сильные раздражители нет никакой реакции. Иногда резко усилена раздражительность, когда от всякого пустяка больной приходит в чрезмерную ярость, становится резко агрессивным. Нередко аффекты стоят в резком противоречии, прямо противоположны тому раздражителю, которым они вызваны: то, что должно было бы вызвать радость, у них вызывает печаль, гнев, и наоборот (*паратимия*). Прояв-

ление аффекта у других лиц остается без ответной реакции со стороны схизофреника (*недостаток аффективного контакта*). Очень важен поворот в аффективном отношении, проявляющийся в переходе от симпатии к антипатии, чаще всего это наблюдается в отношении родных. Например, наша больная, горячо любившая мать, не отпуская от себя ее ни на шаг, заболев схизофренией, постоянно избивает мать, щиплет, однажды пытается проломить ей камнем голову. Это состояние перехода от симпатии к антипатии следует отличать от *аффективной амбивалентности*, когда уживаются два взаимно противоположных чувства (одновременно люблю и ненавижу; рад, что пришла на свидание мать, и в то же время не упускает случая, чтобы ударить ее, причинить ей боль).

Расстройство волевой сферы сказывается в понижении или, наоборот, в повышении активности (последнее значительно реже). В первом случае больные перестают выполнять свои обязанности, забрасывают дела, ничем не интересуются, бесцельно бродят из угла в угол, часами, днями валяются на постели, подолгу сохраняют ту или иную позу. Они апатичны, вялы, у них нет потребностей, влечений, желаний. Повышение активности сказывается в том, что больные с большим упорством, настойчивостью добиваются выполнения своих желаний, носящих подчас необузданный, нелепый характер, занимаются с неослабевающей энергией выполнением совершенно никчемной или малозначащей работы и т. п. В ряде случаев поведение больных отличается немотивированными выходками, не стоящими в связи ни с бредовыми идеями, ни с галлюцинациями. Эти выходки носят импульсивный характер (больной неожиданно ударяет, целуется с незнакомыми, громко среди тишины закричит, цинично вслух выругается и пр.) Импульсивные поступки чаще приходится наблюдать при кататоническом возбуждении.

Симптомы, позволившие в свое время выделить кататонию, и сейчас принято описывать под этим же названием. Кататонические симптомы встречаются как поодиночке, так и в виде комплекса. Одним из таких симптомов является *автоматическая подчиняемость*, когда больной беспрекословно, не оказывая никакого сопротивления, слепо выполняет любое обращенное к нему требование, как бы неприятно и болезненно оно для него ни было. К автоматической подчиняемости относятся также *эхолия* (как эхо повторяет услышанные слова) и *эхопраксия* (аналогичное повторение действий). С автоматической подчиняемостью в тесной родственной связи стоит *каталепсия* (восковая гибкость), когда больной в течение неопределенно долгого времени может сохранять одну и ту же позу, или самостоятельно им принятую, или приданную ему произвольно. Противоположностью автоматической подчиняемости является *негативизм* — выполнение действия, обратного просимому (позитиву): больному предлагают встать, он садится, предлагают есть, он отказывается от еды. Чтобы добиться просимого, больному иногда предлагают выполнить обратное действие. В тех случаях, когда негативистичность проявляется у больных по отношению к собственным влечениям, говорят о *внутреннем негативизме*: больной по собственному почину собирается выполнить какое-нибудь действие, тотчас же появляется желание выполнить действие обратное. *Ступор* (застывание, оцепенение, ско-

ванность) проявляется в том, что больные доводят общение с внешним миром до минимума, не реагируя на сильные раздражители (уколы, прикладывание горячего и пр.), не отвечая на вопросы, не принимая еды (в таких случаях прибегают к насильственному кормлению больных), мочатся и испражняются под себя. *Кататоническое возбуждение* — состояние, противоположное ступору, когда больные чрезмерно психомоторно подвижны: прыгают, бьют по кровати, плюются, громко кричат — и проделывают все это без видимой определенной цели. Монотонное проявление одних и тех же действий (*стереотипии*) может захватывать все области: стереотипные движения, стереотипные позы, жесты, мимика, стереотипное повторение слов и пр. Стереотипии, по мнению некоторых авторов, могут являться до известной степени осмысленными переживаниями больного в рамках его бредовых построений (Майер — Гросс). *Манерничество* обычно сказывается вычурностью позы (в особой манере здороваться, щурить глаза, кривляться и пр.).

В моторике схизофреников обычно отсутствуют плавность, грациозность, отчеканенность движений; движения их порывисты, угловаты, незакончены, большое количество излишних, сопровождающих движений. Ассоциированные движения нередко отсутствуют, из-за их отсутствия, напряженности, скованности движений часто отмечается походка куклы, манекена. В отдельных случаях отмечается обезьяноподобная, питекоидная осанка. Мимика невыразительная, нередко окостеневшее, застывшее лицо, иногда долгое застывание на одном и том же выражении. Речь плохо модулирована, «деревянный голос». Рукопожатие вялое, иногда с различными выкрутасами: подают руку лодочкой, как-то по особому, выбрасывают ее из-за спины и пр. При всей этой недостаточности моторики иногда хорошая ручная умелость и способность к одновременным движениям.

Галлюцинации у детей схизофреников сравнительно с взрослыми встречаются значительно реже; обыкновенно это слуховые галлюцинации («голоса»), содержание галлюцинаций безразличное, беспредметное, часто бессмысленное. На ряду с слуховыми, встречаются также галлюцинации обоняния и вкуса (дурной вкус, что-то примешано к пище, так как от нее плохо пахнет, и пр.), зрительные галлюцинации крайне редки. Бредовые идеи встречаются изредка и не достигают того пышного расцвета, как у взрослых. Обыкновенно это бредовые идеи воздействия и бред преследования.

Для понимания схизофрении важен не каждый из отдельных описанных здесь симптомов, а расстройство целостной личности, в которой происходит своеобразные сдвиг, расщепление, почему так удачен термин «схизофрения».

Из соматических явлений при схизофрении отмечаются иногда разница зрачков, вялая реакция их на свет, в небольшом проценте случаев отсутствие реакции зрачков на болевые и психические раздражители. Расстройств кожной чувствительности не отмечается. В начале процесса нередко бывают сильные головные боли. Заслуживают особого описания встречающиеся иногда припадки в виде обмороков, эпилептиформных судорог и пр. В одних случаях это кратко-временные припадки, сопровождающиеся состоянием оглушения,

побледнением лица, расслаблением мускулатуры; в других случаях — оцепенение мышц тела и клонические судороги отдельных мышечных групп; в третьих — припадки, имеющие вид истерических. Что касается выраженных эпилептических припадков, то следует допустить лишь случайное совпадение схизофрении и другого заболевания, обусловившего припадок. Вазомоторные расстройства наблюдаются иногда в виде красноты отдельных участков тела, синюшности конечностей, местных отеков и пр. Исследования обмена веществ и крови до сих пор не привели к ясным результатам.

Отдельные формы схизофрении.

При описании отдельных форм схизофрении отграничение их основывается на преобладании тех или иных болезненных симптомов. Следует иметь в виду, что эти симптомы не носят устойчивого характера и в процессе развития болезни могут заменяться другими (переход из одной формы в другую) или комбинироваться с симптомами другой формы (смешанные состояния). Здесь мы укажем главнейшие формы, встречающиеся в детском возрасте. По сравнению с схизофренией взрослых клинические симптомы при этих формах не достигают пышного расцвета, симптоматика их подчас крайне бледна. Также известным отличием от взрослых является сравнительно часто наблюдаемая задержка психического развития, придающая картине болезни своеобразный отпечаток.

Простая схизофрения (*Dementia simplex*). Начало болезни постепенное, ползучее, без острых психотических вспышек с медленным нарастанием изменений личности, сказывающихся в постепенном запустении, оскудении психики. Мы называем эту форму «домашним вором» — болезнь крадет исподволь, понемногу, незаметно, домашние не замечают этих хищений, пока случайно на них не натолкнутся и тогда начинают вспоминать все бывшие кражи и подсчитывать, как много пропало за это время. Первые проявления болезни сказываются обычно в расстройстве мышления. Очень долго могут быть только поверхностные, незаконченные, противоречивые мысли, неумение отличить существенное от неважного; в дальнейшем присоединяются стереотипные мысли, неожиданные, нелепые выводы при кажущихся внешне правильных логических операциях. Круг умственных интересов суживается, начинается задержка интеллектуального развития, степень которой определяется тем возрастом, в котором началось заболевание. Чем моложе возраст, тем более значительны интеллектуальные дефекты, сближающиеся иногда нередко в исходном состоянии с олигофренией. Все же, здесь можно подметить и известные отличия: нередко у схизофреника, на фоне общего оскудения, неожиданно встречаются островки знаний, запасы сведенцированная речь; — все это вместе взятое свидетельствует о когда-то бывшем интеллектуальном багаже, в настоящее время безнадежно растерянном.

Изменения в аффективной сфере (которые в одних случаях сопутствуют расстройствам мышления, в других развиваются несколько позднее) в начале болезни нередко сказываются прилипанием интеле-

ресов к чему-нибудь одному, сравнительно мало существенному (коллекционирование, изучение деталей автомобиля, выдумывание новой азбуки и т. п.), на которое тратится весь запас энергии. В дальнейшем интересы пропадают, ребенок становится вялым, апатичным, эмоционально уплощенным (не беспокоят ни горе, ни страдание других, безразличен, равнодушен к своим переживаниям). Иногда на этом фоне появляется раздражительность, злобность, агрессивность. Нередко симпатии заменяются антипатиями, особенно в отношении родных, которым грубят, пытаются их ударить, делают все наперекор. Особенно озлобляют настойчивые требования родных посещать школу, в то время как у больных совершенно потерян интерес, в силу чего они забрасывают занятия, проводя время в бесцельных скитаниях на улице или же совершая в компании сверстников те или иные антисоциальные поступки. В школе эти дети обращают внимание педагога своими нелепыми рассуждениями, часто странными, неожиданными, агрессивными выходками, немотивированным упрямством, снижением работоспособности, запустением психики. Болезнь развивается исподволь, постепенно, отличается вялым течением. Иногда (особенно если болезнь началась в более позднем возрасте) ребенок успевает окончить школу, но в дальнейшем все более и более растеривает свой багаж, спускаясь все ниже и ниже по социальной лестнице. На общем фоне заболевания встречаются нередко кататонические симптомы в виде упорного негативизма, импульсивных вспышек, стереотипии, манерничания. Эти кататонические симптомы одни авторы (Гомбургер) объясняют физиологическими особенностями центральной нервной системы у детей, недоразвитием их моторики, другие (Фогт) — повышенной невромускулярной возбудимостью. Бредовых идей и галлюцинаций, как правило, не отмечается.

В силу того, что болезнь проявляется постепенно, нередко крайне трудно бывает уловить ее начало. Во всяком случае, болезнь может начаться в любом возрасте, но все же чаще встречается в детские годы и сравнительно реже в юношеские.

Т. Геллер описал под названием *dementia infantilis* (детское слабоумие) заболевание, встречающееся у детей в возрасте от 3 до 5 лет, которое одни авторы сближают с шизофренией, другие склонны рассматривать его как своеобразно протекающий энцефалит. Это заболевание встречается крайне редко, по своим симптомам оно ближе подходит к шизофрении, почему мы здесь его и рассматриваем. Болезнь начинается более или менее остро, обыкновенно с расстройства речи: у детей до этого хорошо говоривших появляется внезапно наступающее изменение речи: своеобразный певучий тон, иногда одинаково произносят все гласные, иногда часами молчат, не говоря ни слова. Очень быстро (в течение нескольких недель, а иногда и раньше) произношение становится неясным, переходит в лепет, и скоро ребенок совершенно утрачивает не только способность говорить, но и понимать чужую речь. Слух при этом сохранен полностью и нередко ребенок совершенно верно напевает без слов мелодию. Одновременно с этим развивается глубокое оскудение психической личности (идиотия): больные ничем (кроме еды) не интересуются, нечистоплотны, реагируют только на сильные внешние элементар-

ные раздражители. Психомоторно часто резко возбуждены: бегают по комнате, прыгают, срывают вещи и пр. Иногда подобное психомоторное возбуждение бывает приступами, вне которых ребенок более или менее спокоен. В противоположность глубокому распаду психики лицо часто сохраняет осмысленное выражение. Течение болезни стационарное. При систематической воспитательской работе удастся приучить ребенка к элементарному самообслуживанию, простейшим трудовым навыкам. Указания на отягощающие моменты в наследственности или на психические и физические травмы, инфекции при этой форме шизофрении обыкновенно отсутствуют. В противоположность этому при простой форме шизофрении встречаются довольно частые указания на наследственное отягощение шизофренией родственников больного.

Преморбидная личность ребенка (личность до заболевания) в случаях простой шизофрении иногда ничем не отличается от нормальных сверстников. В других случаях (и притом значительно чаще) отмечаются уже с детства особенности характера: ребенок был необщительным, угрюмым, замкнутым, вялым, раздражительным, капризным, упрямым и т. д. В третьих случаях встречаются указания на то, что до заболевания у ребенка отмечалась задержка в умственном развитии (олигофрения). Вопрос о том, существует ли такая форма шизофрении, которая бы возникала на болезненно предуготованной олигофренией почве (*Pfropfschizophrenie*), решается по-разному. С одной стороны, возможны случаи, при которых первый приступ шизофрении, бывший в раннем детстве и оставшийся незамеченным, вызвал задержку развития, а потому наблюдаемое в настоящий момент заболевание является по существу лишь новым приступом шизофрении (Крепелин, Реке, Бернштейн и др.) С другой стороны, возможно допустить, что олигофрения является в результате неполноценности зачатка или других рано подействовавших на развитие неблагоприятных факторов и наблюдаемый шизофренический процесс есть самостоятельное заболевание, возникшее на болезненно предуготованной почве (Вейгандт, Пласкунда и др.). Примиряющей оба эти течения является точка зрения, с которой согласны и мы, что в клинической практике встречаются обе упомянутые возможности, но решить вопрос, с какой из них мы имеем дело, является подчас совершенно непосильной задачей (Майер-Гросс).

Гебефрения (юношеское слабоумие). При этой форме заболевания на первый план выступают нарушение активности и аффективные расстройства, характеризующиеся своеобразной беспомощностью и дурашливым весельем. Крепелин называет эту форму — слабоумие с придурью, нелепое слабоумие, — с глупыми, дурашливыми выходками, чужацеством (*läppische Verblödung*). Начало болезни приходится на юношеские годы. Болезнь начинается исподволь, жалобами на повышенную утомляемость, рассеянность, забывчивость, раздражительность, бессонницу, головные боли. В одних случаях отмечается депрессивное настроение, сопровождающееся иногда галлюцинациями и бредовыми мыслями (ипохондрические, самообвинения, преследования, физического воздействия и пр.); в других случаях ни бредовых идей, ни галлюцинаций не отмечается, и

ко всему отвлеченному, склонность заниматься неразрешенными проблемами; при этом отмечаются некоторая поверхностность мышления, неожиданные умозаключения, склонность в стереотипиям, странному построению фраз, напыщенному стилю, вычурности. Нередко повышенная смущаемость прячется за напускной развязностью, дурашливостью, а за грубостью, дерзостями скрывается притаившаяся симпатия. Характерны также расстройства моторики, которые Гомбургер называет *моторным кризисом*, связывая его с изменениями, происходящими в экстрапирамидной системе. Это угловатые, порывистые, мешковатые, разболтанные движения, носящие иногда несколько подчеркнутый, вычурный, театральный характер. Повышенная жестикуляция, гримасничество часто дополняют этот моторный облик. Отличия от гебефреника заключаются в том, что у нормального ребенка заинтересованность не снижена, а лишь переключена на другие объекты, падения активности у него нет. Хотя симпатия и спрятана у него за внешней грубостью, напускным равнодушием, но чувство внутреннего такта не потеряно, так как он все же адекватно реагирует на эмоциональные переживания окружающих. Дурашливость его непостоянна, он склонен к длительному живому и разумному поведению. В повседневном обиходе вне рассуждений на «заумные» темы он последователен, логичен.

Кататония. Как уже было указано, кататонические симптомы могут быть вкраплены в другие формы шизофрении, но могут встречаться и самостоятельно. В этом последнем случае говорят о кататонии. Болезнь часто развивается остро, при этом нередко преморбидные особенности детей бывают настолько незначительны или совершенно отсутствуют, в силу чего они до заболевания ничем не отличаются от нормальных сверстников. Обыкновенно начало болезни приходится на пубертатный, сравнительно реже предпубертатный период. В одних случаях заболевание начинается кататоническим возбуждением, переходящим в ступор, или кончающимся ремиссией, в других случаях (обыкновенно наблюдается реже) — депрессивным настроением, часто с аффектами тоски, страха, ипохондрическими жалобами, бессонницей, повышенной раздражительностью, капризностью. Депрессия длится сравнительно недолго и скоро переходит в ступорозное состояние, сменяющееся или возбуждением или ремиссией. Во время течения болезни (независимо, началась ли она депрессией или возбуждением) отмечаются неоднократные чередования ступора и возбуждения, прерываемые недлительными ремиссиями. Периоды возбуждения сравнительно коротки (от нескольких дней до 1 — 2 месяцев), ступорозные состояния более длительны (от нескольких недель до полугода и более). Переход от ступора к возбуждению и обратно обыкновенно совершается внезапно. В период возбуждения больные беспокойны, плюются, часами кричат, ругаются, высказывают отрывочные бредовые идеи. В подобном состоянии могут легко нанести поранения себе, окружающим. В отдельных случаях возбуждение напоминает картину истерического состояния, что было отмечено старыми авторами, говорившими, что «чем истеричнее выглядит истерия, тем вероятнее, что мы имеем дело с ранним слабоумием». В ступорозном состоянии больные не отвечают на вопросы, неподвижно лежат, оказывают упорное сопротивление при

попытках придать им другое положение, иногда упорно отказываются от еды, испражняются и мочатся под себя.

Течение болезни различно. В одних случаях все ограничивается одним или несколькими приступами ступора и возбуждения, и болезнь заканчивается длительной ремиссией, когда только некоторая эмоциональная притупленность, известная поверхностность мышления да стереотипные жесты, фразы и связанность, скованность моторики указывают на перенесенное заболевание; иногда больной лишь несколько тускнеет, блекнет. В других случаях болезнь кончается резким сдвигом психики, напоминающим по своей картине олигофрению. От последней исходное состояние при кататонии отличается: наличием кататонических явлений (стереотипии, негативизм и пр.), изменениями в моторике (скованность, связанность движений), наличием отдельных островков знаний, свидетельствующих о когда-то полноценном интеллекте.

Циркулярная форма. Эта форма характеризуется периодической сменой депрессивного и возбужденного настроений. У преморбидной личности часто отмечаются черты шизоидного характера. Каждый приступ кончается хотя бы и незначительным опустошением психики, в которой все более и более выкристаллизовываются симптомы распада личности: расстройство мышления, нарушение активности, эмоциональная уплощенность, скованность, связанность движений и т. д. Эта форма в детском возрасте встречается сравнительно редко.

Параноидная форма. Эта форма у детей обыкновенно не встречается, так как более свойственна зрелому возрасту (за 30 лет). Характеризуется она бредовыми идеями и галлюцинациями при сохранности ясного сознания.

Этиология и патогенез. Этиология шизофрении до настоящего времени не считается выясненной. Большинство исследователей придают большое значение наследственному предрасположению, встречающемуся чаще по боковой (дяди, тетки), а не по прямой линии (родители, деда, бабушки). Подобная наследственная передача указывает, что шизофрения передается как рецессивный признак. О с и п о в объясняет передачу шизофрении по боковой линии тем обстоятельством, что заболевают шизофренией в молодом возрасте, еще до вступления в брак (по его данным до 80%); у вступающих в брак родственников этих больных шизофрения находится в зачаточном, скрытом виде (патологические характеры, поздние формы заболевания и пр.), обнаруживаясь в следующем поколении. Во всяком случае можно утверждать, что вероятность заболевания шизофренией понижается по мере отдаления родства от больного. Нередко в семьях шизофреников наблюдаются и другие психические и соматические заболевания, среди которых в известном проценте случаев встречается сифилис. Роль его в этиологии шизофрении можно свести к поражению зачатка. За причинное происхождение шизофрении в связи с сифилисом, помимо данных анамнеза, иногда положительной $W a R$, говорят также нарушение иннервации зрачков, неравномерные коленные рефлексy, эпилептиформные припадки, глубокий распад личности и пр. (Г и л я р о в с к и й, О с т а н к о в). Против роли, которая приписывается психогенным факторам в происхо-

ждении схизофрении, резко восстает Майер-Гросс, считающий, что в основной своей группе схизофрения — заболевание органическое. Этим категорическим отрицанием совершенно игнорируется взгляд французской школы (Клод и др.) на психогенное происхождение части случаев схизофрении; о разногласиях во взглядах двух этих школ мы уже упоминали раньше.

Если неразрешенным является вопрос об этиологии болезни, то также спорным является и вопрос о ее сущности. Учитывая наблюдающееся при этой болезни расстройство желез внутренней секреции, (патолого-анатомические данные, реакция Абдергальдена, начало болезни или ее ухудшения, совпадающие с пертурбациями в эндокринном аппарате, пубертатный период, климакс, беременность, послеродовой период и пр.), ряд авторов отстаивает эндокринное происхождение схизофрении.¹ Эту точку зрения в чистом виде разделяет сравнительное меньшинство. Другой взгляд на сущность схизофрении сводится к тому, что схизофрения — мозговой процесс, подготовленной почвой для возникновения которого является врожденная неполноценность определенных мозговых систем. Наблюдаемые при схизофрении эндокринные расстройства отчасти являются результатом заболевания нервной системы и лишь отчасти результатом неполноценности самих желез. С этой точки зрения, которой придерживаемся и мы, схизофрения цереброплюригландулярное заболевание (мозговое заболевание с множественным расстройством желез внутренней секреции).

Патологическая анатомия. При патолого-анатомическом исследовании со стороны желез внутренней секреции отмечаются атрофические изменения щитовидной железы (в хронических случаях), иногда дряблость надпочечников, атрофические изменения половых желез (запустение в яичках, аналогичные изменения в яичнике). Несмотря на многочисленные исследования, характерных для схизофрении патолого-анатомических изменений, которые давали бы возможность установления посмертного диагноза, т. е. не встречались бы и при других психических заболеваниях, до сих пор не найдено. Все же при схизофрении со стороны нервной системы отмечаются довольно часто разнообразные аномалии развития: недоразвитие всего мозжечка или одной из его половин, асимметрии и неправильности в строении борозд. На задержку развития указывают также находки двухядерных клеток Пуркинье и типичных для известного периода эмбрионального развития клеток Кахала (в первом слое). Хотя патолого-анатомические изменения отмечаются во всех частях коры, но нередко особенно сильно бывают поражены лобные доли, а также мозжечок и подкорковые узлы. Из отдельных слоев коры чаще всего поражаются более поверхностные и более поздние в филогенетическом развитии второй и третий слои, иногда также и пятый слой.

Течение болезни, прогноз и лечение. Как уже нами указывалось, для различных форм схизофрении время начала болезни неодинаково: простая форма так же, как и кататония, могут начаться

¹ Климакс, климактерический период — переходный период; у женщин в этом периоде прекращается воспроизводительная способность, одним из проявлений которой является прекращение менструаций (месячных, menses).

в любом возрасте, но все же первая из них чаще встречается в детские годы, вторая — в пубертатном периоде; гебефрения — в годы полового созревания. По данным Крепелина время начала схизофрении по возрастам распределяется следующим образом: до 10 лет — 3,5%; от 10 до 15 лет — 2,7%; от 15 до 20 — 21,7%; от 20 до 25 лет — 25,5%; от 25 — 30 лет — 22,8%; от 30 до 35 лет — 13,0% и т. д. Таким образом в $\frac{2}{3}$ случаев схизофрения начинается в возрасте от 15 до 30 лет. Как данные Крепелина, так и других авторов, с очевидностью говорят, что в детском возрасте схизофрения встречается не часто, а потому в дошкольном возрасте и начале школьного диагноз всегда должен ставиться с большой осторожностью. Течение болезни весьма различно, болезнь может прерываться на долгие годы хорошей ремиссией, может давать и очень быстрый исход в слабоумие, что было нами уже отмечено при описании отдельных форм. По отношению к взрослым Крепелин устанавливает излечение гебефреников в 8%, катоников в 13%. Майер-Гросс совершенно правильно замечает, что чем раньше возникает болезнь, чем вялее она протекает, тем меньше данных ожидать ремиссий; чем острее протекает психическое расстройство с самого начала заболевания, тем вероятнее хорошая ремиссия. Не располагая статистическими данными исходных состояний у детей, мы на основании нашего клинического опыта должны констатировать часто наблюдающуюся у детей после острого начала кататонии длительную ремиссию и частый исход в слабоумие (близкое к олигофрении) простых форм схизофрении. Таким образом предсказание при схизофрении будет зависеть от степени тяжести наследственного отягощения, формы заболевания, конституциональных особенностей ребенка, его возраста, воспитания, образа жизни и пр. Известную роль при этом предсказании играет и лечение, в котором имеют значение не столько лечебные мероприятия (медикаментозное лечение, препараты желез внутренней секреции, средства, вызывающие лихорадку и пр.), сколько рационально поставленная педагогическо-воспитательская работа. Отмечая, что ступорозные больные, после свидания с родными или прогулки, внезапно и притом на длительное время становились доступными, некоторые авторы считают, что ряд кататонических симптомов вызывается известной обстановкой, на которую они и стараются воздействовать. Прежде всего сама больница, с ее изоляцией от окружающего, способствует развитию у больного отгороженности, аутизма. Поэтому в настоящее время является правилом — ни одного лишнего дня не задерживать таких больных в больницах, выписывая их при малейшей возможности со стороны их психического состояния. На то, чтобы разбить этот аутизм, приобщить больного к реальной жизни, и направляется воспитательская работа, которой принадлежит выдающаяся роль не только при лечении, но и при профилактике этого заболевания. Нередко, благодаря рационально-поставленной воспитательской работе, процесс протекает значительно мягче. В этом отношении в больницах играет выдающуюся роль рабочая терапия, занятие больного тем или иным видом трудовой деятельности. Вне больничной обстановки следует обязательно добиваться того, чтобы схизофреник приучался к самообслуживанию, был занят тем или иным видом работы. В отдельных случаях этому помогают настойчивые уговоры, убеждения, если

угодно, психотерапия в широком смысле слова; в ряде случаев необходимы строгая дозировка и систематическое соблюдение режима, приучающего больного к определенному распорядку. В острых случаях необходимо помещение в больницу; в тяжелых случаях с исходом в слабоумие, при отсутствии надзора в семье, — помещение в учреждение для хроников.

Распознавание. Распознавание схизофрении нередко представляет очень большие трудности. С одной стороны, ее приходится отличать от шизоидной психопатии, пубертатных изменений, с другой стороны, начальные симптомы заболевания дают иногда повод к смешению этих состояний с *Nervosität*, неврастенией, истерией. В тяжелых случаях затруднения могут возникнуть при отграничении циркулярной формы от маниакально-депрессивного психоза и некоторых кататонических симптомов и аффективных расстройств психики от других органических заболеваний (в частности, от эпидемического энцефалита). Наконец, исходные состояния могут быть смешаны с олигофренией. О некоторых отличиях (от олигофрении, от изменений при пубертатном периоде и пр.) мы уже говорили в настоящей главе; о дифференциально-диагностических отличиях от других заболеваний скажем при их дальнейшем описании, так как тогда яснее выступают различия между ними и схизофренией.

ХІ. ЭПИЛЕПСИЯ.

Эпилепсия (от греческого — внезапно падать, неожиданно быть охваченным) является заболеванием, известным с давних времен, о чем (на ряду с другими указаниями) свидетельствуют самые разнообразные названия болезни, пытающиеся отразить ее сущность.

К о в а л е в с к и й приводит до 40 таких названий, в которых болезнь, в зависимости от состояния уровня знаний той или иной эпохи, или связывается с вмешательством сверхъестественной силы (*morbus sacer, morbus demonicus*), или объясняется неправильной деятельностью желудка (*analepsia* — таков был взгляд на болезнь Гипократа), или ставится в зависимость от различных фаз луны, стояния звезд (*morbus lunaticus, morbus astralis*), или названием подчеркиваются характерные особенности проявления болезни (например удерживавшийся до настоящего времени термин — эпилепсия; у нас в быту — падучая, трясучка, черная немочь — повидимому, в связи с резким посинением, багровым оттенком лица во время припадка).

Несмотря на то, что эпилепсия известна с древнейших времен, прошла длинный путь от мистических представлений о ее сущности до утонченного современного исследования, все же еще и до настоящего времени в понимании ее остается много неясного, темного, спорного. Ряд авторов (Редлих, Ленель-Лавастини и др.) не признает эпилепсию за самостоятельную болезненную единицу и рассматривает ее как реакцию мозга на определенные воздействия, когда она достигает известной силы (*epileptische Reaktionsfähigkeit*). Подобная реакция является физиологической особенностью каждого нормального мозга, но эпилепсия, как болезненное явление, связана с повышенной готовностью мозга к этому виду реакции; эта готовность к эпилептической реакции может быть врожденной или приобретенной под влиянием эндогенных факторов. В противовес этому большинство современных исследователей, признавая генуинную (идио-

патическую) эпилепсию самостоятельным заболеванием, резко отграничивают ее от органической эпилепсии. Органическая (симптоматическая) эпилепсия включает в себя те случаи, где припадки являются лишь симптомом того или иного органического заболевания мозга (опухоли, последствия энцефалитов, менингитов, физических травм, склероза сосудов мозга и пр.) или следствием отравления — интоксикации (алкоголизм, уремия, отравление свинцом и пр.). Все те случаи, которые не являются результатом определенного органического поражения мозга, но все же имеют более или менее общую анатомическую подкладку, главным же образом характеризуются определенными психическими и соматическими расстройствами, принято относить к генуинной или идиопатической (другое название) эпилепсии, клинические проявления которой и будут подлежать нашему рассмотрению.

Клиническая картина эпилепсии.

Припадки. В клинической картине генуинной эпилепсии на первый план (отсюда и название болезни) выступают повторяющиеся припадки, при которых потеря сознания является постоянным и обязательным, а судорожные явления — частым симптомом. Несмотря на то, что припадки являются одним из кардинальных симптомов генуинной эпилепсии, все же в клинической практике не так уже редки случаи, когда этот симптом является нерезко выраженным или в отдельных, сравнительно редких (атипических) случаях может и совершенно отсутствовать. Наличие только одних припадков еще ни в какой степени не может служить достаточным основанием для постановки диагноза, а тем более такого ответственного, как генуинная эпилепсия. С другой стороны, при тщательном анализе совокупности всех данных, характеризующих генуинную эпилепсию, диагноз ее может быть поставлен и при отсутствии припадков. Следует твердо помнить, что припадок — всего-на-всего только симптом, встречающийся при самых разнообразных заболеваниях. Мы с целью предпосылаем это замечание описанию припадков, так как в общезнании нередко случается, что, услышав о припадках (в особенности о судорожных), спешат приклеить готовую этикетку эпилепсии. Это является непростительной ошибкой, так как один симптом, выхваченный сам по себе, как бы он важен ни был, все же еще не является достаточным для постановки диагноза.

Припадки при эпилепсии весьма разнообразны, причем у детей, особенно в начале болезни, сравнительно редко приходится наблюдать выраженный типичный припадок. У них обыкновенно встречаются лишь едва намечающиеся формы этого припадка или различные отклонения от него и только с течением времени припадки принимают более или менее типичный характер. Типичный эпилептический припадок (*grand mal* — большая болезнь, большое зло, бедствие) в отдельных случаях начинается предвестниками. Эти предвестники в одних случаях отмечаются за несколько дней до припадка, в других — за несколько часов и в третьих — за несколько минут, секунд. У детей припадки чаще начинаются без всяких предвестников, внезапно; у взрослых отдельные авторы отмечают предвестники в 30 —

70%. Раз появившись, предвестники в дальнейшем при каждом припадке неизменно повторяются в том же виде, в каком они обнаружались в первый раз, что дает иногда больным возможность заранее принять меры, чтобы не расшибиться, не упасть в неподходящей обстановке и пр. Эти предвестники называют — *аура* (ветерок); это название присвоено давно и происхождение его связывают с тем, что у некоторых эпилептиков перед началом припадка бывает ощущение дуновения легкого ветерка. Некоторые авторы называют аурой только ближайшие предвестники припадка, другие рассматривают ауру как начало самого припадка. С этим последним мнением согласны и мы. *Отдаленные предвестники* сказываются за несколько часов или дней плохим самочувствием, тоскливостью, раздражительностью, предчувствием чего-то плохого, внутренним беспокойством, напряженностью; нередко головные боли, сердцебиения, чувство общей усталости, разбитости и т. п. *Ближайшие предвестники* (которые по существу есть уже начало припадка и которые мы условились называть аурой) бывают весьма разнообразны и проявляются различными расстройствами в двигательной сфере, чувствующей, вазомоторной и психической. Длительность ауры исчисляется секундами, крайне редко — минутами.

Двигательная аура проявляется бормотанием одного и того же слова или фразы, плачем, всхлипыванием (*aura lacrimalis*—Кларк), помахиванием рукой и пр., иногда в виде неудержимого бегства вперед, когда больной, пробежав несколько шагов, падает в судорогах (эпилепсия с бегством — *epilepsia procursiva* старых авторов); в других случаях перед падением больной начинает кружиться на одном месте (старое название — *epilepsia rotatoria*, эпилепсия с вращением, кружением). *Чувствительная аура* сказывается щекотанием в ноздрах, ощущением ползанья мурашек по телу, свистом, звоном в ушах, мелодичными звуками, окликанием по имени, мельканием искр в глазах, появлением перед глазами яркого огня, пламени, дурным запахом, горечью во рту, ощущением во рту металлического вкуса и т. д. *Вазомоторная аура* проявляется чувством холода или жара в голове, во всем теле, сердцебиением, потоотделением, слюноотделением, иногда сильным сексуальным возбуждением (эрекция *penis'a*). *Психическая аура* проявляется резким приступом страха, невыразимым блаженством, спокойствием, «просветлением» и т. д. Маленькие дети об ауре рассказывают крайне редко, иногда удается установить ее косвенным путем: мимика, жестикация, общее поведение ребенка, свидетельствующие о страхе, галлюцинациях; у детей значительно чаще приходится наблюдать двигательную ауру. С возрастом указания на ауру увеличиваются, но все же по сравнению со взрослыми аура у детей и подростков встречается значительно реже. Обыкновенно припадок начинается без ауры, внезапной потерей сознания, побледнением лица и падением. Сравнительно редко (у взрослых в 5% случаев, у детей не чаще) во время падения наблюдается протяжный, пронзительный крик, который можно объяснить или уже наступившей тонической судорогой гортани, или реакцией на устрашающие галлюцинации, на внезапно охвативший ужас. Падение чаще всего происходит вперед (ударяются, расшибают лицо), реже на спину и крайне редко на бок. Вслед за падением, связанным с рас-

слаблением мускулатуры, через несколько секунд начинается тоническая судорога: вся мускулатура резко напряжена, верхние конечности вытянуты или слегка согнуты в локтях, кулаки крепко сжаты, нижние конечности вытянуты, глаза скошены, зрачки расширены, на свет не реагируют, зубы плотно стиснуты, дыхание приостановлено, бледное в начале припадка лицо теперь приобретает синеватый, багровый оттенок. Туловище в отдельных случаях изгибается по-разному: то несколько изогнуто назад, то перекручено в одну из сторон. Сознание глубоко затемнено, чувствительность потеряна: больной не реагирует ни на уколы, ни на прикладывание холодного, горячего; рефлексy отсутствуют. Тоническая судорога длится 10—30 сек. и постепенно переходит в клонические судороги, чаще стибательные. Клонические судороги, вначале одиночные, слабые, редкие, беспорядочные, скоро учащаются, становятся выраженнее и распространяются на все тело. Все же следует иметь в виду, что сила судорог неодинакова, в значительном большинстве случаев они выражены на одной стороне туловища сильнее, чем на другой. Внешний вид больного производит тяжелое, страшное впечатление: лицо искривляется судорожными гримасами, глазные яблоки подергиваются, изо рта стекает пена, нередко окрашенная в розоватый, красный цвет — результат поранения, прикуса языка; дыхание учащенное, прерывистое, шумное, иногда вылетают отдельные, нечленораздельные звуки, клокотание; пульс учащен, лицо синюшное или с желтовато-бурым оттенком, покрыто потом. В это время, возможно несколько и раньше, у некоторых больных наблюдается непроизвольное отделение мочи, иногда и кала. Все тело резко содрогается в судорогах: больной ударяется головой руками и ногами об пол, нередко причиняя себе при этом серьезные ушибы и поранения. Постепенно судороги ослабевают, появляются небольшие паузы между ними, в дальнейшем отмечаются только небольшие вздрагивания, вскоре также прекращающиеся. Мускулатура начинает расслабляться, замедляется пульс, выравнивается дыхание.

Расслаблением мускулатуры заканчивается припадок. Типичный припадок длится 2 — 3, реже 5 — 10 мин. С расслаблением мускулатуры на короткое время наступает прояснение сознания, после чего больной впадает в глубокий сон, который также нередко наступает вслед за прекращением судорог без кратковременного прояснения сознания. Длительность сна у одного и того же больного неодинакова, в среднем колеблется от получаса до часа и более. В других случаях после расслабления мускулатуры сознание возвращается постепенно: больной плохо ориентируется в окружающем, на вопросы отвечает невпопад, пытается куда-то идти, чего-то ищет, бесцельно перекладывает, перебирает предметы, иногда (крайне редко) разрушает вещи, нападает на окружающих. После припадков нередко расстраивается речь: говорит медленно, с большими паузами, часто не находит слов для выражения мысли, забывает название предметов, но если ему назвать предмет, то он тотчас же находит его среди других (олигофазия); расстройства речи сглаживаются постепенно, и через несколько часов после припадка речь становится обычной. После прояснения сознания больные, обессиленные припадком, часто засыпают на час, полчаса. В третьих случаях после припадка

сна совершенно не бывает, и больные, придя в сознание, лишь некоторое время жалуются на общую разбитость, усталость, нередко головную боль. Воспоминания о припадке обыкновенно не сохраняются, но все же больные часто знают о них по тем неприятным ощущениям — чувству общей слабости, усталости, разбитости, головным болям и пр., — которые бывают после просыпания. Также нередко они догадываются о бывшем припадке, замечая у себя непорядки в одежде, чувствуя поранения, ушибы, прикус языка и пр. На это обстоятельство следует обратить внимание при исследовании, так как иногда, основываясь на только что перечисленных данных, ребенок утверждает, что он помнит о бывшем с ним припадке. У некоторых больных еще спустя несколько часов после припадка (реже 1 — 2 дня) отмечаются легкие подергивания отдельных мышц, дрожания, патологические рефлексy (Б а б и н с к и й).

У детей наиболее обычными отклонениями от типичного припадка является укорочение или удлинение отдельных фаз. И о г и х е с отмечает, что у маленьких детей (особенно у грудных) резкое преобладание тонических элементов над клоническими говорит скорее против доброкачественных судорог, указывая на эпилептический характер припадка или его органическое происхождение.

А б о р т и в н ы е (недоразвитые) п р и п а д к и у детей проявляются также неполной потерей сознания или, наоборот, при глубоком затемнении сознания отмечаются настолько слабо выраженные судорожные явления, что припадок бывает весьма похож на обморок. В некоторых случаях клонические судороги предшествуют тоническим или и те и другие существуют одновременно в разных частях тела. Сравнительно часто отмечается, что клоническая фаза припадка проявляется не судорогами, а разнообразными движениями в виде топанья, бормотания отдельных фраз, слов, стереотипно повторяющихся жестов и т. д. (элементы моторной ауры). В ряде случаев при потере сознания отмечается закрывание глаз, легкие судорожные подергивания лица, отдельных мышечных групп конечностей; при этом иногда сознание настолько быстро проясняется, что больной бывает в состоянии сам наблюдать последние судорожные движения. Очень редко наблюдается припадок с затемнением сознания, когда ребенок не падает, а продолжает идти несколько шагов вперед, после чего ненадолго к чему-нибудь прислоняется (в это время у него тоническая судорога) и приходит в сознание. От абортивных припадков следует отличать так называемые м а л ы е п р и п а д к и (*petit mal* — малая болезнь, небольшое зло), которые не всегда оправдывают это название, так как сравнительно часто встречаются в случаях, где в дальнейшем происходит значительная инвалидизация личности. Малые припадки (*petit mal*) сопровождаются кратковременной (1 — 2 сек.) потерей сознания и в одних случаях характеризуются молниеносно протекающими судорожными движениями, в других — отсутствием или слабой выраженностью судорожных явлений, т. е. лишь кратковременной потерей сознания. Обыкновенно припадок протекает без всяких предвестников: больной внезапно теряет сознание и застывает в той позе, в которой застал его припадок, падения в таких случаях не наблюдается. Во время припадка взгляд больного или неподвижно устремлен вдаль, или чаще

опущен книзу (веки слегка полузакрыты), реже отмечается закаты-
окужающим, «отсутствует», почему этот припадок и называется *absence*
(отсутствие). После припадка больной тотчас же приходит в себя,
и, не помня о случившемся, продолжает, как ни в чем не бывало,
прерванную игру, разговор (часто с того полуслова, фразы, на ко-
торых его застиг припадок). В других случаях *petit mal* сказывается
поворотом головы, перекашиванием лица, пожиманием плечами,
глубоким вздохом, жевательными движениями, выбрасыванием ноги,
падением на колени и т. д. В отдельных крайне редких случаях при-
падку предшествуют предвестники в виде головных болей, голово-
кружения, мелькания в глазах, шума, звона в ушах и т. д. У одного
и того же ребенка малый припадок всегда протекает одинаково. После
малого припадка ребенок обыкновенно не засыпает, но в отдель-
ных случаях, где припадки существуют длительное время, после них
иногда наблюдается короткий сон.

Малые припадки иногда чередуются с судорожными припадками,
чаще предшествуют им, являясь единственным симптомом в начале
заболевания, и потом заменяясь судорожными припадками; наконец
могут в течение всей жизни больного наблюдаться только одни малые
припадки. В этих последних случаях течение болезни может быть
таким же тяжелым, как и при выраженных судорожных припадках.
В тех случаях, когда эпилепсия начинается малыми припадками, они
обычно бывают типа *absence* и иногда за несколько месяцев (реже
лет) предшествуют наступлению судорожных припадков, в даль-
нейшем или с ними чередуясь, или постепенно исчезая. Нередко в
начале болезни *absence* остается нераспознанным, так как его при-
нимают за рассеянность, невнимательность ребенка, объясняют его
моторной неуклюжестью, иногда склонны приписать шалостям.
Вспоминается случай, когда к нам в клинику был доставлен мальчик
с жалобами на упорное хулиганство, выразившееся в том, что он на
глазах у учительницы сразу перечеркивал все им написанное в те-
тради, а после упорно отрицал свой поступок. На замечания учи-
тельницы, на ее строгий тон реагировал вспышкой гнева, обвиняя ее
в пристрастном к нему отношении. На проверку оказалась начинаю-
щаяся эпилепсия с припадками типа *petit mal*.

Как ни подробно старались мы очертить отдельные проявления
припадков у детей, мы, конечно, далеко не исчерпали всего их мно-
гообразия.

В заключение о припадках следует отметить еще сравнительно
редко встречающиеся у детей так называемые *кивательные судороги*
(*epilepsia nutans*). Внешнее проявление этих судорог таково: боль-
ной наклоняется вперед (сгибает туловище как бы для поклона) и
при этом быстро кивает головой, что создает впечатление привет-
ствия (этот вид судороги ведет название от арабов — судорожный се-
стиям, судорожное приветствие). После припадка, который бывает
кратковременным, быстро возвращается сознание, и ребенок про-
должает прерванные занятия. В отдельных случаях сгибательные
движения настолько резки, что больной теряет равновесие, падает,
ударяется лицом.

Психические эквиваленты. От припадков принято отличать периодически повторяющиеся, кратковременные состояния психического расстройства, заменяющие собой припадок. Отсюда и их название — психические эквиваленты. Некоторые авторы (Гофман и др.) расширяют понятие психических эквивалентов, присоединяя к ним и те периодические расстройства сознания, которые не стоят во временной связи с припадками. Такое расширение толкования приводит к тому, что в психические эквиваленты включаются и *absence* и другие психические расстройства. Мы будем употреблять термин «психический эквивалент» в том суженном понимании, как это указано выше.

Наиболее часто встречающимся у детей видом психического эквивалента являются периодически расстройства настроения (так называемые «плохие» и «хорошие» дни эпилептиков). Начинаются эти расстройства внезапно, без видимого повода, так же, как, неожиданно обрываясь, они и заканчиваются. Продолжительность этих состояний колеблется от нескольких часов до нескольких дней. Подавленное настроение характеризуется злобно-тоскливой раздражительностью, когда больной не находит себе места, ничем не может заняться, без причины придирается, по всякому пустяку вступает в пререкания, ввязывается в конфликты, затевает ссоры с окружающими, нередко становясь агрессивным. Очень часто высказывает ряд неосновательных жалоб, предъявляет всевозможные требования, обвиняет в несправедливом к нему отношении, припоминая все случаи, когда были нарушены его права, оскорблено самолюбие и т. д. Повышенное состояние сказывается в раздражительно-возбужденном, приподнятом настроении, лишенном того юмора, задушевности, как это бывает у маниакальных. Часто повышенное настроение находит себе выход в шутках, носящих характер издевательства, в «изводе» маленьких беззащитных ребят, в хулиганских выходках, драках. Психомоторный облик больного (речь и движения) сравнительно мало изменяется, оставаясь, как и обычно, замедленным в темпе. Чаще приходится наблюдать подавленное состояние.

На ряду с расстройствами настроения встречаются различные по глубине и продолжительности сумеречные состояния. Больные неожиданно теряют способность ориентироваться в окружающем, не узнают привычной обстановки, не находят на улице своего дома, заходят в чужой. Нередко больной забывает название знакомых ему предметов, путает события во времени, не знает даты дня, пугается незнакомых лиц, принимает их за других и т. д. Сумеречное состояние длится от нескольких минут до нескольких часов; воспоминания о бывшем расстройстве сознания чаще отсутствуют.

Если в подобном состоянии на первый план выступают бредовые представления, яркие галлюцинации (обыкновенно зрительные, несколько реже слуховые), то говорят о делириозной (бредовой) спутанности. Больные совершенно не ориентированы в окружающем: они находятся в могиле, подземелье, подвале, тюрьме, церкви, раю; они видят яркое пламя, огонь, сияние, окружены дикими зверями, страшными чудовищами, слышат выстрелы, музыку, пение; на них нападают, мучают, с ними разговаривает божество и т. д. Поведение

больных диктуется содержанием галлюцинации и бреда. В одних случаях, охваченный ужасом, больной начинает все разрушать, пытается спастись бегством, выпрыгивает из окна, баррикадирует двери, окна, чтобы воспрепятствовать нападению на него и т. д. В других — в состоянии экстаза больной застывает на одном месте, глаза устремлены вверх, на лице написано блаженство, руки молитвенно сложены. В третьих — больной как бы оглушен происходящим, тупо на все реагирует, мимика и движения скованы, ответы на вопросы не по существу, невпопад. Подобные делириозные состояния длятся от нескольких часов до дней. Придя в себя, больные или совершенно не помнят пережитого или сохраняют о нем отрывочные воспоминания, что зависит от степени затемненности сознания во время приступа. Иногда запоминание наступает не тотчас же после приступа, а несколько часов спустя после него.

В отдельных случаях наблюдаются состояния, когда окружающее воспринимается как бы во сне — с н о в и д н ы е с о с т о я н и я. Настоящее, прошедшее и будущее спутаны вместе, временные грани исчезают, оживают умершие лица, больные их видят, разговаривают с ними, обстановка насыщена всевозможными чудесами, появляются невиданные звери, чудовища и пр. Нередко все это внушает больному неожиданный страх, он пытается спастись бегством или забивается в угол, пронзительно кричит, призывая на помощь. Длительность этих состояний такова же, как и бредовых; воспоминания о них или совсем не сохраняются или сохраняются отрывочно. Делириозное и сновидное состояния требуют тщательного надзора, так как больной во время них опасен как для себя (поранения, ушибы, повреждения, когда он спасается бегством, защищается), так и для окружающих (нападения на них, кончающиеся иногда убийством).

Иногда сумеречные состояния проявляются в виде автоматизмов, когда нечеткое, неясное, спутанное состояние сознания больного находит себе отражение в несложных двигательных актах: несколько раз застегнет и расстегнет пуговицу, встряхнувшись, приходит в себя, не помня, что с ним было, аналогичным же образом проделывает и какие-нибудь другие движения. В некоторых случаях эти движения усложняются: больной в классе встает среди урока, подходит к доске, раздевается, мочится, возвращается на свою парту, совершенно не помня о случившемся (Штромайер). Подобные случаи, когда преобладает передвижение с места на место, ходьба, путешествие, получили название *амбулаторного автоматизма* или *транса*. В таких случаях больной производит впечатление несколько оглушенного, но все же его действия с виду целесообразны, он отвечает на вопросы, иногда теряясь, не находя нужных слов (что нередко может сойти за повышенную смущаемость), иногда отвечает на вопросы невпопад, что также находит себе у окружающих объяснение в растерянности, за что говорит и общий вид больного с малоподвижной, маловыразительной мимикой. Иногда подобных больных принимают за подвыпивших. В таких состояниях больные далеко заходят от дому и, придя в себя, совершенно не могут вспомнить, как они оказались в данной местности.

Когда описанные сумеречные состояния развиваются вместо припадка, говорят о психическом эквиваленте; в ряде случаев психиче-

ские эквиваленты могут развиваться непосредственно после припадка или предшествовать ему. У детей эти состояния обычно встречаются не часто, они более элементарны, делириозные и сноподобные картины менее ярки, чаще в них преобладает страх.

К сумеречным состояниям относится также *сомнамбулизм* — снохождение (старые воззрения на зависимость эпилепсии от фаз луны сказались и на этом явлении, которое и до сего времени нередко называется в обиходной «лунатизмом».) В одних случаях дело до настоящего снохождения не доходит, а ограничивается ночными страхами (*terror nocturnus*), когда больной просыпается с криком или без него и с лицом, искаженным страхом, ужасом, пытается куда-то бежать, сопротивляется, когда его удерживают. Все это проделывает или молча, или произнося отрывистые слова. Иногда это кончается непроизвольным мочеиспусканием, и ребенок засыпает, не сохраняя на утро воспоминания о случившемся. В других случаях больной вскакивает, встает с постели, проделывает целый ряд разнообразных действий, иногда подходит к окну и, принимая его за дверь, пытается выйти через него, нередко выходит на улицу; чаще же, пройдя несколько шагов, или возвращается на постель, или засыпает, не возвращаясь на прежнее место. Отсутствие сознания опасности придает движениям больных ловкость, уверенность; поэтому не рекомендуется, когда больной находится в опасном месте (на карнизе окна, крыше) будить его, так как, проснувшись, он осознает опасность и теряет уверенность в движениях. Необходимо в таких случаях принять меры для ограждения больного от опасности. Раньше ночным страхам и сомнамбулизму приписывалась значительная роль в смысле диагностического признака эпилепсии. В настоящее время эта роль безнадежно утеряна, так как и то и другое явление нередко встречается не только при истерии или у невротических детей, но и у детей совершенно здоровых. Поэтому при диагнозе этот признак может иметь значение лишь в тех случаях, когда он существует наряду с другими симптомами, говорящими за эпилепсию.

Соматические расстройства. Старые авторы были до известной степени правы, когда они утверждали, что «все эпилептики асимметричны» (Л а с е г — Laségue). Действительно, среди эпилептиков более или менее часто встречаются диспластики, несколько реже атлетики и лептосомы и сравнительно редко — пикники.

У детей с диспластическими чертами строения тела нередко отмечаются асимметрии в строении черепа, лица; маленький, сдавленный, сжатый с боков низкий лоб; тяжелая, массивная нижняя челюсть; приплюснутые уши с недоразвитыми ушными мочками, слабо развитая волосистость, дряблая кожа и т. д. Сравнительно часто среди эпилептиков отмечается леворукость, а также, наблюдаемое иногда и в более зрелом возрасте, недержание мочи. Особенно выражены расстройства моторики. Движения неуклюжие, нерасторопные, медленные по темпу. Во время сумеречных состояний движения приобретают большую ловкость, уверенность, силу, появляются хватательные, лазательные движения, прыжки. Это зависит от расторможения от влияния коры филогенетически старых механизмов (Гуревич). Вот почему обычно слабосильные, малоподвижные, неловкие эпилептики в сумеречных состояниях проявляют такую подвижность и силу,

когда окружающие с трудом с ними справляются, чтобы удержать их от насилия, поранений. Весьма характерна речь эпилептиков: она замедлена по темпу, в ней часто повторяются отдельные слова, слоги, отмечается склонность к возвращению к началу фразы, повторению сказанного несколько раз подряд. Иногда это невнятная бормочущая речь, иногда в ней растянуты гласные и согласные звуки. Письмо также представляет известные особенности: это четкие, выведенные, тщательно вырисованные пригнанные одна к другой буквы, иногда неряшливое письмо, на котором сказывается *tremor* (дрожание) рук; в отдельных случаях усиление этого дрожания, сказывающегося на письме, служит опознавательным признаком приближающегося припадка. Сравнительно не часто у детей после припадка наблюдаются изменения походки в виде ее скованности, заторможенности, иногда настолько резкой, что больному трудно ходить; у слабоумных эпилептиков эти расстройства походки бывают особенно резко выражены.

Во время припадка от сильного напряжения наблюдается иногда разрыв сосудов слизистой оболочки глаза, сказывающийся мелкими точечными кровоизлияниями. Пульс резко учащается, доходя в отдельных случаях до 120 — 140, крайне редко во время припадка отмечается замедление пульса. Кровяное давление резко повышено; наблюдения некоторых авторов над кровообращением эпилептиков с дефектами черепа отмечают, что в начале припадка наблюдаются спазм сосудов мозга и понижение кровяного давления, которое повышается лишь к концу припадка. В отдельных случаях во время припадка повышается температура тела, что следует иметь в виду при распознавании: родители нередко связывают происхождение припадков с повышением у ребенка температуры; так как в отдельных случаях такая возможность не исключена, то обязательно необходимо тщательно установить, не является ли повышенная температура следствием, а не причиной припадка. Наиболее частыми находками является увеличение кислотности крови (в связи с судорогами мышц), ее вязкость, усиление ее токсичности (отравных свойств). В моче после припадка нередко находят белок, фосфор, увеличение количества мочевой кислоты, встречаются также указания на усиление ее токсичности, особенно к концу припадка.

Хронические изменения психики. Нередко у детей в начале заболевания подметить какие-либо изменения со стороны психики не удастся; среди детей (особенно раннего возраста) не мало страдающих эпилепсией, ничем по своему психическому складу не отличающихся от сверстников: это эпилептики без эпилептического характера. Все же в отдельных случаях приходится слышать, что ребенок до обнаружения болезни был раздражителен, капризен, упрям, вспыльчив, жесток, злопамятен, с повышенной, иногда извращенной сексуальностью. В других случаях, еще до заболевания, отмечают вялость, малоподвижность, тугодумство, прилежание, аккуратность, чистоплотность. В третьих случаях указывают на повышенную чувствительность, обидчивость, капризность, прилипчивость и т. д. В рассказах об отдельных детях все эти черты могут быть скомбинированы по-разному, что придает большую пестроту их психическому рисунку. Как у этих детей, уже до обнару-

жения болезни имевших отличительные психические особенности, так и у детей, ничем по своему психическому складу от сверстников не отличавшихся, болезнь в своем дальнейшем развитии часто накладывает своеобразный отпечаток, придает психическому складу своеобразный оттенок: у первых это в известной степени дальнейшее развитие психических особенностей, выявившихся до заболевания, у вторых — образование этих особенностей вновь. Эти психические особенности наслаиваются постепенно, исподволь, кончаясь в ряде случаев запустением, оскудением психики, полной деградацией личности, резким слабоумием. В начале заболевания чаще всего выступают расстройства в аффективной сфере: ребенок становится раздражительным, капризным, несдержанным; отмечаются легкие взрывы гнева, вспышки по ничтожному поводу, иногда нарастает озлобленность. Рука об руку с аффективными расстройствами идет и расстройство мышления. В начале это только трудность, медленность соображения, тугодумство, в дальнейшем — застревание на мелочах, на деталях: детали становятся ведущими, мышление непродуктивным, топчется на месте, появляется своеобразная вязкость мышления (*une viscosité mentale*). Ослабляется и память, с трудом запоминается новое, забывается усвоенное, растеривается словесный багаж и нередко в таких случаях ребенку часто нехватает слов для оформления мысли, и он ждет, когда их ему подадут, подскажут. В дальнейшем бедная мысль облекается в рубище из затасканных, обветшалых фраз, слов, оборотов речи. В разговорах по нескольку раз повторяет одно и то же в одинаковых выражениях, с той же самой интонацией, с теми же жестами и мимикой. Если сравнительно быстрее расстраивается логическая и механическая память, то аффективная память сохраняется значительно дольше: она часто подсказывает больному воспоминания о давно нанесенных обидах, оскорблениях; она дает материал для злопамятности (нередко у эпилептика возникает желание отомстить за мелкую обиду, нанесенную несколько лет тому назад). Длительное застревание на одном и том же переживании, «прилипание к аффекту» является также характерной особенностью эпилептиков.

В начальном периоде оскудения мышления неспособность охватить новую ситуацию приводит к тому, что больной начинает предпочитать шаблон, трафарет, тщательно избегает всяких новшеств, нарушений раз установленного уклада жизни. В дальнейшем это приобретает более прочный характер, больной становится педантичным, размеренным, аккуратным в исполнении мелочей, всячески избегая, протестуя против приспособления к новым требованиям, положениям, обстановке. В это же время замечается «прилипание к вещам», которые помогают этому укладу, становятся его необходимой принадлежностью. Перемещение этих вещей, исчезновение их волнует, сердит больного; каждая вещь должна быть на своем месте, и больной с большой аккуратностью, тщательностью расставляет их по своим местам, тратя много энергии на поддержание раз введенного порядка. Он не в состоянии расстаться с этими вещами, когда они уже утратили значение для обихода (например огрызок карандаша, истершаяся резинка, сломанная ручка), он «сжился» с ними, ему их жалко, а потому он их убирает, копит. Это мелочное

скопидомство, когда сохраняются вещи, не имеющие никакой реальной ценности, при нарастании слабоумия приводят к тому, что больной копит и собирает всякий хлам: обрывки бумаги, пуговицы, обгорелые спички и пр.

Оскудевшая мысль, обедневшая аффективная жизнь, резко суженный круг интересов обуславливают центрирование внимания на своей личности, особенно на своей болезни. О ней больной может рассказывать часами, жалуясь на плохой уход, на нежелание его лечить. Вместе с ослаблением интеллекта все более и более выступают на первый план органические влечения, из которых на первом месте стоят гастрические. Сравнительно часто обостряется также сексуальное влечение, находящее себе выход или в циничных приставаниях, или чаще в беззастенчивом онанировании на глазах у окружающих.

В поведении больных в одних случаях отмечаются колебания от ханжества, угодливости, слащавости, прилипчивости, назойливости — до резкого озлобления, жестокости, мстительности; в других (более редких) случаях больные добродушны, незлобивы, исполнительны, аккуратны, предупредительны; в третьих — вялы, безразличны, апатичны; в четвертых — угрюмы, насторожены, недоверчивы, подозрительны.

Если суммировать все здесь сказанное об особенностях психики эпилептиков, то можно, несколько обобщая, констатировать, что в легких случаях эти особенности выступают не резко, обыкновенно сказываясь в виде некоторой вязкости мышления, склонности к детализации, сравнительно недостаточной памяти, некоторого прилипания аффектов, мелочности, педантичности, аккуратности, пунктуальности и т. д., в более тяжелых случаях — полная деградация личности, резкое оскудение психики.

П а т о л о г и ч е с к а я а н а т о м и я. При патолого-анатомических исследованиях со стороны мозга макроскопически чаще всего отмечается склероз, сморщивание аммониева рога. В хронических случаях отмечается иногда помутнение мягкой мозговой оболочки; в отдельных случаях истончение серого вещества и расширение боковых желудочков. При микроскопическом исследовании встречается ряд признаков, указывающих на задержку или атипичное развитие мозга: эмбриональный вид клеток, недоразвитие больших пирамид, неправильная форма нервных клеток, отщипавшиеся участки серого вещества, погруженные в белое вещество или в молекулярный слой коры; сглаженная, неотчетливая граница между первым и вторым слоями. Исследования Ниссля и Альцгеймера устанавливают поражение нервных клеток в поверхностных слоях коры и особенно в моторных областях мозга; эти поражения менее выражены в височных и лобных долях и совсем слабо в затылочной доле. Весьма характерным признаком для эпилепсии является разрастание глии (межуточной ткани мозга) во всех отделах полушарий. Особенно типично разрастание краевой глии, когда, по сравнению с нормой, краевой слой утолщается в 2 — 3 раза, причем это утолщение не равномерное, а с образованием узлов; местами глия врастает в мягкую мозговую оболочку, результатом чего является срастание мягкой мозговой оболочки с корой.

Этиология и патогенез эпилепсии. Генуинная эпилепсия не является болезнью в тесном смысле этого слова, а этим термином до настоящего времени объединяется группа болезней, имеющих между собой много общего, но все же, как можно думать, различных по своему патогенезу. Можно считать более или менее установленным, что одной из существенных причин эпилепсии является наследственное отягощение. Наследственность обуславливает предрасположение к этой болезни (эпилептическая конституция), выражающееся в повышенной возбудимости головного мозга (задержка или атипическое его развитие). Наследственная передача отмечается как по прямой линии, так значительно чаще по боковой (рецессивное наследование). Относительно того, как часто встречается наследственное отягощение при эпилепсии, мнения отдельных исследователей расходятся: процент этот колеблется от 25 до 40 и более. Не менее важную роль, чем наследственность, играют в происхождении эпилепсии алкоголь и сифилис родителей. Без сомнения, и другие инфекции и интоксикации, обуславливающие повреждение зачатка, также играют роль в происхождении эпилепсии. Таким образом, обобщая, можно сказать, что на ряду с наследственным отягощением, встречающимся приблизительно в одной трети всех случаев эпилепсии, в остальных двух третях случаев роль в ее происхождении падает на долю экзогенных факторов.

Механизм эпилептического припадка связан с кратковременным резким спазмом артерий в начале припадка, после чего отмечается расширение сосудов. Ферстер в 100 случаях эпилептических припадков, происходивших на операционном столе, когда был обнажен мозг, наблюдал резкое побледнение мозга, что он связывает с аурой, а наступавшее после этого спазма расширение сосудов считает началом самого припадка. Мозг с задержанным атипическим развитием имеет большую склонность к выявлению подобного механизма, который пускается в ход токсинами, действующими на нервную систему, наподобие судорожных ядов. В свою очередь, накопление токсинов в организме обуславливается нарушением обмена веществ. От степени нарушения обмена веществ зависит и клиническая картина эпилепсии: большая или меньшая частота судорожных припадков. В доказательство того, что обмен веществ является причиной токсикоза при эпилепсии, Коллье (Collier) на ряду с другими соображениями приводит также и следующие: 1) значительная частота первого проявления эпилепсии в раннем детстве, когда еще не установился обмен веществ, 2) влияние рахита на судорожные проявления болезни, 3) частота припадков в период полового созревания, когда в организме, повидимому, происходят важные изменения в обмене веществ, 4) уменьшение количества припадков в возрасте увядания, когда регуляция обмена понижена, 5) отсутствие припадков у беременных женщин-эпилептичек объясняется тем, что дефект в материнском обмене веществ корригируется обменом веществ плода. В противовес этому мнению Коллье другие авторы высказывают соображение, что нарушение обмена веществ само является результатом недостаточной регулирующей деятельности мозга эпилептиков. Нам думается, что точка зрения Коллье, в известной степени подтверждаемая и терапевтическими мероприятиями при эпи-

лепсии, при современном уровне знаний является наиболее приемлемой рабочей гипотезой.

Н а ч а л о, т е ч е н и е, п р о г н о з. Эпилепсия является не только болезнью юношеского возраста, как думали раньше (старое название эпилепсии *mater puerorum* — мать отрочества или *passio puerilis* — страдание, болезнь юности), но в значительной степени и раннего детского возраста, о чем с большой убедительностью говорят данные различных авторов. Так например, Томсон (Thompson) на материале взрослых эпилептиков (4348 чел.) нашел, что у 3,5% болезнь началась в первые месяцы жизни, а у 9% — к концу первого года. Если суммировать данные различных авторов (Крепелин, Рицци, Штар, Осипов и др.), то процент заболевания детей до 15 лет будет колебаться от 42 до 59; возраст от 15 до 20 лет по данным этих же авторов дает процент заболевания от 15 до 20. Таким образом, основываясь на статистических данных, можно утверждать, что до 20 лет эпилепсия обнаруживается более чем в $\frac{2}{3}$ всех случаев. Появление первого припадков обыкновенно бывает неожиданным, без всякого внешнего повода, среди полного здоровья: в школе, на прогулке, во время игры, в постели и т. д. В некоторых случаях припадков развиваются вслед за испугом, неприятным переживанием, волнующим зрелищем, после физических наказаний, ушибов головы, физических недомоганий, повышения температуры и пр. В общепитии этим моментам склонны приписывать причинную роль в происхождении эпилепсии; роль этих факторов невелика и по существу сводится иногда лишь к провокации припадков, который при наличии неполноценности, недостаточности мозга эпилептиков может обнаружиться в связи со всяким другим поводом и, как мы уже сказали, выявиться среди полного здоровья. Таким образом, не отрицая роли этих факторов, следует ее лишь правильно оценивать как роль провоцирующую, а следовательно второстепенную.

Внешние проявления первых припадков весьма разнообразны. Иногда болезнь начинается с припадков типа *petit mal*, существующих самостоятельно в течение нескольких месяцев и лет и впоследствии сменяющихся судорожными припадками; в отдельных случаях у больного в течение всей жизни бывают только *petit mal*, в других случаях *petit mal* чередуются с судорожными припадками. Сравнительно нередко эпилепсия начинается абортивными припадками, которые нередко проявляются состояниями, свойственными двигательной ауре (бормотание отдельных слов, фраз, притопывание ногой, движения, напоминающие расстегивание воротника, упорное позевывание, глотательные движения и пр.). Следует также иметь в виду начало эпилепсии в виде ночных припадков (так называемая *epilepsia nocturna*). Припадок случается ночью во сне. Вначале это только незначительные судорожные подергивания, причем нередко припадок сопровождается обмачиванием в постели, иногда лишь отмечаются клокотание, бульканье в горле, сравнительно реже припадок начинается выраженными типичными судорогами. Нередко окружающие просматривают ночные припадков, не распознают их и только дальнейшая деградация психики заставляет обратить на них внимание. В одних случаях припадков в виде ночных остаются на

всю жизнь, в других случаях к ним присоединяются и обычные дневные припадки.

В ряде случаев болезнь может начаться в виде психических эквивалентов, чаще в виде расстройств настроения, сомнамбулизма, сравнительно редко в виде других проявлений сумеречного состояния сознания. Из этого далеко неполного перечисления возможного начала эпилепсии не трудно убедиться, как многообразны и различны первые симптомы болезни, разнообразно и неодинаково также и дальнейшее течение припадков. Иногда припадки, раз начавшись, остаются в дальнейшем на всю жизнь. В других случаях после судорожных припадков, наблюдавшихся в первые месяцы, годы жизни ребенка, в дальнейшем наступает перерыв в несколько лет, после чего (чаще в конце дошкольного возраста — 6 — 7 лет) припадки снова возобновляются с тем, чтобы уже больше не прекращаться. В третьих случаях припадки впервые обнаруживаются в школьном и юношеском возрасте и здесь (сравнительно реже) между припадками может быть перерыв в несколько лет. Частота припадков у одного и того же больного неодинакова. В начале болезни припадки встречаются реже, иногда отделяясь один от другого промежутками в несколько месяцев, иногда до года, в дальнейшем они учащаются, бывая ежемесячно, еженедельно, ежедневно и иногда (сравнительно редко) по 2 — 3 припадков на день. В других случаях припадки сразу же становятся довольно частыми. Частота припадков нередко увеличивается осенью и зимой, у девочек — перед менструациями; в отдельных случаях отмечается периодичность припадков, наступающих в одни и те же числа, часы. Эмпирическое наблюдение устанавливает сокращение числа припадков во время и вскоре после перенесенных инфекций, хронических нагноений, голодания.

Заслуживает особого описания учащение припадков, когда наблюдается так называемый *status epilepticus*: припадки непрерывно следуют один за другим, при этом нередко повышается температура, достигающая в отдельных случаях до 40°; в короткие промежутки между припадками больной не приходит в сознание. В значительном проценте случаев *status epilepticus* кончается смертельным исходом, в тех случаях, когда больной поправляется, остается склонность к повторению подобных состояний.

Частота припадков при эпилепсии может до известной степени служить указанием на то, как быстро будет развиваться психическая деградация личности: чем чаще припадки, тем обычно скорее наступает деградация. Все же из этого правила существует целый ряд исключений, когда, например, у больного в течение всей жизни существуют припадки только в виде *petit mal*, сопровождающиеся быстрым и значительным психическим оскудением. Бывают случаи, когда судорожные припадки встречаются один — два раза в год, в то время как слабоумие быстро нарастает, и, наоборот, при сравнительно частых судорожных припадках изменения психики незначительны.

Течение болезни длительное, болезнь хроническая, но все же и при этом заболевании бывают излечения, которые по статистике различных авторов колеблются между 5 и 10%. Несмотря на такой незначительный процент излечения, есть не малое количество эпи-

леников, психическая деградация которых невелика, работоспособность незначительно нарушена, в силу чего они с успехом могут заниматься тем или иным видом работы. Само собой разумеется, что эта работа не должна быть связана с опасностями для жизни больного: работа у машин, на высоких местах (маляры, кровельщики, печники и т. д.), когда судорожный припадок может повести к тяжелому поранению, смерти больного. Погибают больные или, как уже упоминалось, от status epilepticus в значительном проценте — от случайных причин, среди которых известный процент падает на долю несчастий, связанных с судорожными припадками. Наиболее ранимым считается юношеский возраст, когда учащаются судорожные припадки, истощается организм, в силу чего он более подвержен различным заболеваниям. По данным Г а б е р м а а с — (Nabbermaas) 72% эпилептиков не доживает до 30 лет. При предсказании следует учитывать тяжелую социально-бытовую обстановку, ухудшающую течение болезни, а также и возможность различных интоксикаций, из которых на первом месте стоит алкоголизм, тяжело отражающийся на течении болезни.

Распознавание. Распознавание эпилепсии в типичных случаях больших трудностей не представляет, но, к сожалению, подобные случаи в детской практике крайне редки, так как у детей обыкновенно приходится иметь дело с еще не оформившимися судорожными припадками, не обозначившимися достаточно рельефно психическими особенностями. Большие, подчас непреодолимые затруднения встречаются в тех случаях, когда необходимо отграничить генуинную эпилепсию от симптоматических судорожных припадков, а также от ряда доброкачественных судорог. С тем, чтобы отчетливее представить себе картину судорожных состояний в детском возрасте, которые могут быть смешаны с эпилепсией, мы их выделяем в особую главу. Об отличиях эпилепсии от эпилептоидной психопатии будет сказано в своем месте. Точно так же при описании маниакально-депрессивного психоза (возможность диагностических ошибок при распознавании колебаний настроения) и истерии (отграничение истерических припадков от эпилептических, различия в картине сумеречных состояний) мы указываем дифференциально-диагностические отличия их от эпилепсии. В отдельных случаях эпилептические сумеречные состояния могут дать повод к смешению их со спутанностью сознания при шизофрении. Выяснению диагноза помогает тщательное ознакомление с преморбидной личностью, весьма различной при эпилепсии и шизофрении, внезапное начало и окончание сумеречного состояния при эпилепсии, его сравнительно не большая длительность, преобладание зрительных галлюцинаций, большая глубина спутанности сознания, наконец наличие в анамнезе судорожных припадков.

В некоторых случаях, когда эпилептические припадки крайне редки, а в то же время в клинической обстановке по тем или иным причинам возникает необходимость непосредственно видеть припадок, в таких случаях пробуют вызвать припадок при помощи гипервентиляции легких (предложено Ферстером). Предлагают больному в течение 5 — 15 мин. глубоко дышать, обращая внимание на то, чтобы он делал не только глубокий вдох, но особенно выдох.

Усиленное выделение из крови углекислоты приводит к повышенному алкалозу (увеличению щелочности крови), благоприятствующему припадкам. В ряде случаев таким путем удается вызвать припадок, но в оценке его нужно быть крайне осторожным, так как гипервентиляция вызывает припадки не только у эпилептиков, но нередко обморочные состояния и тетанические явления у детей малокровных, истощенных, невротичных. Несмотря на это, все же в ряде случаев гипервентиляция является хорошим диагностическим подспорьем.

Профилактика и лечение эпилепсии. Эпилепсия принадлежит к числу наиболее часто встречающихся заболеваний. В разных странах процент эпилептиков неодинаков; по приблизительному подсчету одних авторов у нас эпилептики встречаются один на тысячу, других авторов — два на тысячу. В виду распространенности заболевания эпилепсией в начале этого столетия в Будапеште была организована международная лига, поставившая своей целью систематическое изучение этой болезни и планирование профилактических и лечебных мероприятий. СССР входит в состав этой лиги.

Профилактические мероприятия в отношении эпилепсии прежде всего сводятся к оздоровлению труда и быта и системе мероприятий по охране здоровья детей и подростков, к популяризации среди широких слоев населения сведений о тяжелых последствиях для потомства эпилепсии, сифилиса, алкоголизма и др. заболеваний родителей. Весьма важную роль играет система педагогических воздействий на эпилептика, когда она проводится систематически, с ранних лет его развития: смягчение эмоциональной возбудимости, воспитание задержек, создание здоровых интересов и т. д. На ряду с этими мероприятиями должно проводиться тщательное лечение сифилитиков, эпилептиков, должна быть широко развернута борьба с так называемым бытовым алкоголизмом, в особенности с алкоголизмом детей, организована консультативная помощь эпилептикам по вопросам выбора профессии, в ряде случаев ограничено (или совершенно устранено) участие родителей эпилептиков в воспитании их детей. Других вопросов профилактики мы здесь не касаемся, так как о них речь будет в особой главе.

При лечении эпилепсии известную роль играет медикаментозное воздействие. Наибольшим признанием в смысле их воздействия на припадки пользуются бром и в последнее двадцатилетие люминал (препарат малонил — мочевины), имеющий перед бромом те преимущества, что при нем не бывает побочных явлений (сыпи, угрей, расстройств пищеварения и т. д.). Нередко лечение бромом и люминалом чередуется. Успехи этого лечения таковы, что в одних случаях припадки совершенно прекращаются, в других значительно сокращаются в числе. К сожалению, в целом ряде случаев их терапевтический эффект ничтожен. Некоторые авторы при лечении эпилепсии рекомендуют соли цинка и белладону. При *status epilepticus*, на ряду с сердечными препаратами, введением большого количества жидкости, рекомендуются в больших дозах паральдегид и амиленгидрат.

Помимо медикаментозного лечения, исходя из того, что при эпилепсии расстроен обмен веществ, рекомендуется также лечение при помощи диеты. В одних случаях применяется голодная диета: в течение нескольких дней — недели ребенок получает незначительное

количество пищи или только воду. В других случаях устраняются из пищи все возбуждающие блюда и напитки, и ребенка переводят на овощное и молочное питание. И та, и другая диеты по наблюдениям ряда авторов дают нередко сокращение числа припадков там, где не помогло бромистое и люминаловое лечение. Хирургическое лечение генуинной эпилепсии не дает сколько-нибудь эффективных результатов, что следует распространить и на рентгенотерапию. Эндолюмбальные вдувания воздуха в единичных случаях дают более или менее длительный эффект.

Большая роль выпадает на долю педагогическо-воспитательской работы с детьми-эпилептиками. Прежде всего следует подумать о целесообразно построенном режиме дня: правильная нагрузка занятий, отдыха, сна и т. д. Не следует в этот режим вносить лишних ограничений, когда ребенок, резко отличаясь от сверстников, постоянно центрирует внимание на своей болезни, когда у него появляется чувство собственной неполноценности, непригодности. В каждом отдельном случае, ограничивая режим, следует подумать о замене выпавших из режима тех или иных занятий, удовольствий, развлечений, противопоказанных заболеванием. Все же не следует ребенка без нужды лишать игр, общения с товарищами. Всегда возникает вопрос о том, может ли ребенок-эпилептик посещать школу. В тех случаях, когда припадки редки, особенно в случаях ночной эпилепсии, вопрос решается положительно; тогда же, когда припадки часты, и особенно тогда, когда они происходят в школе на глазах у детей, посещение ее должно быть запрещено. Но и здесь нельзя шаблонировать: частые припадки в виде *petit mal* или нерезких абортивных, по нашему мнению, не могут служить препятствием для посещения школы, так как эти припадки не настолько травмируют здоровых сверстников больного, чтобы из-за этого следовало лишать ребенка возможности продолжать занятия. Выраженные судорожные припадки действуют на других детей устрашающе, а потому при наличии их посещение школы должно быть безусловно воспрещено. Но и в таких случаях ребенок не должен оставаться без занятий, которые должны быть организованы дома или в специальной школе-лечебнице. Учебные занятия, тот или иной вид работы являются лучшим противодействием наступлению припадков, что было подмечено еще старыми авторами, утверждавшими, что у обычных эпилептиков припадки во время работы наблюдаются сравнительно редко. Само собой разумеется, что выбор занятий, выбор работы должен быть строго соразмерен с способностями ребенка, с учетом тех последствий, которые может вызвать внезапно случившийся припадок. Этими же соображениями следует руководиться и при выборе и дозировке занятий в школе. Если с ребенком случается припадок, то помощь ему в это время сводится к следующему: необходимо положить больного в удобное положение, чтобы он, согнувшись, не нанес себе повреждений об окружающие предметы, положить что-нибудь мягкое под голову (при отсутствии поблизости мягкого, для этой цели может служить нога помогающего), расстегнуть одежду, чтобы дать возможность свободно дышать, обтирать слюну. Вмешиваться с целью прекращения припадка с помощью различных средств (опрыскивание водой, нашатырный спирт и т. д.)

совершенно не следует, также не следует неопытным рукам вмешиваться с различными манипуляциями с целью уберечь больного от прикусов языка; неумелые руки чаще или вредят больному (иногда сломанные зубы, еще большие поранения языка и пр.), или сами страдают от его укусов.

Попутно мы хотели бы остановиться на существующем поверьи, что закрывание больного во время припадка черной материей облегчает ему припадок. Что касается самого больного, то чем бы его ни накрыли, припадку это не помогает, для окружающих же, когда они не видят припадка, последний кажется протекающим значительно легче и в таких случаях собственные переживания они переносят на больного. В отдельных случаях, когда припадок разыгрывается на глазах у детей, такое прикрывание простыней или чем-либо другим вполне допустимо, но при этом необходим тщательный надзор за тем, чтобы больному был обеспечен достаточный приток свежего воздуха и чтобы он не запутался (не задохся) в прикрывающей его материи. По окончании припадка больной должен быть помещен в спокойную обстановку, где бы он мог спать. Не рекомендуется, если в анамнезе есть указания на бывшие сумеречные состояния, оставлять больного на время сна одного без надзора. В случаях частых припадков и невозможности больному обеспечить уход в семье, он должен быть помещен в специальное учреждение для эпилептиков; при известной сохранности интеллекта — в школу-лечебницу для эпилептиков.

ХII. ЭПИЛЕПТИФОРМНЫЕ СОСТОЯНИЯ И РЕАКЦИИ.

Отграничение генуинной эпилепсии в детском возрасте от целого ряда близких к ней по внешним проявлениям болезненных состояний представляет подчас громадные затруднения. Только тщательное изучение этих состояний дает до некоторой степени возможность избежать грубых диагностических ошибок. Здесь мы опишем наиболее важные с этой точки зрения болезненные состояния у детей.

Спазмофилия. Болезнь характеризуется повышением механической и электрической возбудимости нервной системы и предрасположением к местным или общим клоническим и тоническим судорогам. В основе этого заболевания лежат сложные нарушения известкового обмена, что ставят в связь с недостаточной деятельностью эпителиальных телец (паращитовидная железа). Меньшим признанием пользуется теория, защищающая интоксикационное происхождение спазмофилии (отравление гуанидином или метилгуанидином). Спазмофилия — довольно частое заболевание; по данным М а с л о в а она встречается у 3,7% всех детей грудного возраста; немецкие авторы указывают на более высокий процент заболеваемости спазмофилией. Заболеванию больше подвержены мальчики. Начало болезни не встречается у детей моложе 4 месяцев, обыкновенно же между 6 и 12 месяцами; к концу 2-го года болезнь проходит. Некоторые авторы считают, что болезнь может начаться и после двух лет, но это единичные, исключительные случаи. Клинические про-

явления спазмофилии, в зависимости от возраста ребенка, неодинаковы. Скрытая спазмофилия клинически определяется на основании ряда признаков: лицевой феномен Хвостека, повышение электрической возбудимости (феномен Эрба), феномен Труссо, феномен Маслова и др.

«Скрытая спазмофилия» может проявляться в виде ларингоспазма, эклампсии и тетании. Наиболее частым и типичным проявлением спазмофилии является ларингоспазм (спазм гортани, легкие судороги голосовой щели), характеризующийся стонущим дыханием при крике, плаче. Нередко во время ларингоспазма наблюдаются клонические судороги. Через несколько секунд (реже минуты — две) судороги прекращаются, ребенок делает глубокое дыхательное движение (слышен свист втягиваемого в легкие воздуха), после чего дыхание выравнивается, ребенок приходит в себя. Экламптический судорожный приступ (иногда его в общепринятой терминологии называют «родимчик», «младенческое») присоединяется иногда к ларингоспазму, но нередко наблюдается также и вполне самостоятельно; во время приступа ребенок теряет сознание, наблюдаются клонические подергивания лицевых мышц, закатывание глаз, иногда судороги во всем теле. При тетании повышенная возбудимость сказывается в периодически наступающем более или менее длительном спазме периферических мышц; судорог при этом не отмечается.

Как уже упоминалось, спазмофилия проходит самостоятельно к концу второго года. При подозрении на спазмофилию профилактически следует переводить ребят на грудное вскармливание, то же следует делать и при обнаружившемся заболевании. Если ребенок отнят от груди, то необходимо соблюдение диеты в смысле усиления овощного питания. Лечение — рыбий жир и фосфор.

Наибольшие трудности при распознавании от генуинной эпилепсии представляет экламптический судорожный приступ. Отличием от эпилепсии служит наличие ранее упомянутых феноменов, в особенности Труссо, Эрба (лицевой феномен мало характерен, нередко наблюдается и в более поздних возрастах у детей, никогда спазмофилией не болевших). Известное диагностическое значение имеют также указания на наследственное отягощение при эпилепсии, в особенности же на характерные для спазмофилии судороги голосовой щели. Некоторые авторы большое значение при распознавании придают выражению лица спазмофиликов, описанного Уффенгеймером (Uffenheimer) — напряженное, хитрое, боязливое, удивленное — «тетаническое лицо». В некоторых случаях (хотя это бывает и крайне трудно установить в детском возрасте) распознаванию помогает строение тела ребенка: среди спазмофиликов чаще встречаются дети с астеническими чертами (хрупкие, «субтильные» дети). В ряде случаев только дальнейшее наблюдение помогает окончательной постановке диагноза.

Случайные судороги, симптоматические судороги. Судорожные явления, непосредственно не связанные с каким-либо мозговым заболеванием, а также спазмофилией, а обязанные своим происхождением какой-либо другой болезни, называют случайными судорогами (Гоxxингер — Hochsinger) или симптоматическими судорогами

(Марфан — Marfan). Подобные судороги чаще всего встречаются в раннем детстве, но все же бывают и у детей более старшего возраста. Как бы доброкачественны эти судороги ни были, все же они в значительном проценте случаев указывают на болезненную конституцию, из которой впоследствии развивается или психопатическая личность или остается на всю жизнь тенденция к невротическим реакциям. В одних случаях эти судороги бывают в начале острых заболеваний, так называемые *инициальные* судороги (воспаление легких, скарлатина, корь, малярия и т. д.). Наблюдаются они обычно при первом подъеме температуры и прекращаются с того момента, когда она, достигнув известной высоты, становится более или менее постоянной. Чаще всего они бывают однократными, реже повторяются несколько раз. Появление судорог сравнительно редко свидетельствует о тяжести основного заболевания, так как подобные дети почти всякий раз и при других заболеваниях, связанных с повышением температуры, реагируют судорогами. Такая реакция на температуру нередко затягивается до конца дошкольного возраста; в школьном возрасте подобные судороги встречаются сравнительно редко. От инициальных судорог следует отличать *терминальные*, наступающие в последних стадиях тяжелых заболеваний (туберкулез легких, воспаление легких, кишечные катарры и пр.). Обычно судороги начинаются спазмами и непроизвольными движениями глазных яблок; эти судороги свидетельствуют о тяжести основного заболевания, редко кончающегося выздоровлением — обыкновенно смертельным исходом.

Токсические судороги обыкновенно бывают связаны с заболеванием желудочно-кишечного тракта. Наиболее частыми причинами этих судорог являются: отравление недоброкачественной пищей, перегрузка желудочно-кишечного тракта ребенка тяжелой, неудобоваримой пищей, не подходящей ему по возрасту или принятой в слишком большом количестве, упорные запоры и т. д. Обыкновенно судороги сопровождаются повышением температуры и чаще всего предшествуют симптомам кишечного расстройства. Встречаются они у детей в возрасте от 1½ до 5 лет, в конце дошкольного возраста почти никогда не отмечаются. К токсическим судорогам относятся также и те, которые обусловлены перенасыщением крови углекислотой: судорожные явления при врожденном пороке сердца, при коклюшах. Уремические судороги и судороги при тяжелых ожогах также токсического происхождения.

Возможность *рефлекторных* судорог (судороги при прорезывании зубов, судороги от глист и т. д.) в настоящее время значительным большинством авторов отрицается. Более удовлетворительное объяснение судорогам при прорезывании зубов можно найти лишь в совпадении времени прорезывания и начала спазмофилии. Даже провоцирующая роль прорезывания зубов в обнаружении спазмофилии многими авторами совершенно отрицается. Судороги при глистах объясняют не рефлекторным происхождением, а также ставят в связь с токсикозом, исходящим из желудочно-кишечного тракта.

Распознавание случайных судорог от генуинной эпилепсии основывается на повышении температуры (не смешать с повышением

температуры, зависящей от самого припадка при эпилепсии, что бывает лишь при значительно выраженных судорожных явлениях), наличии инфекционного заболевания или указания на отравления (токсикозы), повторении судорог лишь в связи с повышением температуры (чаще инфекционные заболевания) или определенно выраженными токсикозами. Для окончательной постановки диагноза все же необходимо дальнейшее прослеживание судьбы ребенка.

Аффективные респираторные судороги. Аффективные респираторные судороги (другое название Wutkrampf — судороги от гнева) характеризуются тем, что во время крика или плача, вызванного сильным гневом, испугом ребенка, у него внезапно приостанавливается дыхание; в общезжитии в таких случаях говорят «ребенок зашелся», «закатился». Припадок длится несколько секунд, после чего ребенок делает глубокий вздох, и припадок прекращается; после припадка некоторое время ребенок слегка апатичен, вял. При более длительной остановке дыхания лицо бледнеет, в дальнейшем становится несколько синюшным; больной теряет сознание, наблюдаются клонические судороги, чаще всего или расслабление мускулатуры или нерезкое тоническое напряжение. Подобные судороги чаще всего наблюдают у детей, начиная с конца второго года жизни и до 3 — 4 лет, сравнительно реже в более старшем дошкольном возрасте. Припадок респираторных судорог нередко удается прервать обливанием холодной водой, резким окриком и пр. Эти судороги обыкновенно встречаются у психопатических невротических ребят, с возрастом совершенно проходят. От ларингоспазма и эклампсии они отличаются тем, что связаны с сильным аффективным переживанием, в то время как ларингоспазм может начаться во время любого крика (иногда при просыпании). От ларингоспазма они отличаются тем, что встречаются в более старшем возрасте; при неврологическом исследовании повышенные механическая и электрическая возбудимость при них не отмечаются. Отличия от эпилепсии — зависимость этих судорог от крика и возбуждения, прекращение припадка сильными отвлекающими средствами (холодные обливания, холодные компрессы), отсутствием после припадка сонливости, разбитости и пр.

Привычные обмороки. Привычные обмороки характеризуются внезапной потерей сознания, резким побледнением наружных покровов, замедлением пульса, падением, причем ушибы крайне редки, так как ребенок успевает иногда дойти до места, чаще же к чему-нибудь прислоняется, в силу чего он не падает сразу, а как бы постепенно скользит, съезжает. В отдельных, исключительных, случаях наблюдаются недержание мочи и легкие судороги (чаще местные). После обморока отмечаются разбитость, апатичность, вялость, сравнительно быстро проходящие, лишь изредка непродолжительный сон. Чаще всего подобные обмороки происходят в духоте, в спертом воздухе, от резкого переутомления, недоедания, при страхе, угрозе наказания, при испуге, особенно при виде несчастного случая, при виде крови и т. д. Обыкновенно привычные обмороки наблюдаются у детей конца дошкольного периода и первых лет школьного обучения, т. е. в возрасте от 6 до 10 — 11 лет, у девочек несколько чаще. Обморокам наиболее подвержены дети с

повышенной возбудимостью сосудисто-сердечной системы, что обыкновенно сказывается следующими явлениями: быстрая смена окраски лица, резкий разлитой дермографизм, крайне неустойчивый пульс, постоянно холодные конечности. В некоторых случаях симптом Хвостека. Очень часто эти дети отличаются повышенной эмоциональной возбудимостью, истощены, малокровны, быстро утомляются при незначительном физическом или умственном напряжении.

При распознавании от генуинной эпилепсии (от припадков типа *petit mal*) следует иметь в виду связь обморока с экзогенным моментом, побледнение лица и кожных покровов, замедление пульса во время обморока, большую продолжительность обморочного состояния, возможность прекращения обморока путем внешних раздражителей (обрызгивание холодной водой, обмахивание и пр.). Обморочные состояния у детей моложе пяти лет — крайне редкое явление, а потому быстро преходящие у них нарушения сознания всегда должны возбуждать сомнение о возможности начала эпилепсии. Нередко сомнения в таких случаях решаются путем длительного наблюдения больного.

Органически обусловленные припадки (симптоматическая эпилепсия). Нередко у детей при разнообразных заболеваниях центральной нервной системы наблюдаются судорожные припадки, которые в отличие от генуинной эпилепсии называются *симптоматическими*. Обыкновенно подобные припадки встречаются иногда при олигофрении после заболевания мягких мозговых оболочек (менингитов различного происхождения), после заболевания вещества головного мозга (энцефалитов). Нередко также причиной судорожных припадков может быть сифилис мозга, о чем мы подробно говорили при описании этой болезни. В ряде случаев судорожные припадки развиваются в связи с опухолью мозга, в результате всевозможных физических травм и пр. Судорожные припадки могут протекать также, как и при эпилепсии, т. е. сопровождаться потерей сознания, тоническими и клоническими судорогами. В других случаях, если поражение захватывает двигательные области центральных извилин, наблюдается так называемая **Джексоновская эпилепсия**. При Джексоновской эпилепсии сознание не бывает затемнено, припадки характеризуются тем, что волна раздражения пробегает в том или другом порядке по всей двигательной зоне, или же ограничивается пределами одного двигательного центра (например судороги лишь в одной руке или в одной ноге). Типичный припадок Джексоновской эпилепсии происходит следующим образом: судороги захватывают лишь одну половину тела, начинаясь с одной половины лица (одновременно с этим как бы отнимается язык — больной ничего не может сказать в эту минуту), затем переходят на руку, мышцы живота (только этой половины туловища) и кончаются судорогой ноги. Во время припадка больной бледнеет, взгляд несколько растерянный, после припадка покраснение лица. Подобные припадки обусловлены пробеганием волны раздражения по двигательной зоне снизу вверх, волна привела в действие все двигательные центры один за другим. Волна может пробегать и в обратном порядке, тогда и последовательность судорог будет иная: начнется с ноги, окончится

лицом. Отличия Джексоновской эпилепсии в выраженных случаях затруднений не представляют. Эта эпилепсия часто лечится хирургическим путем.

При распознавании органических судорожных припадков от генуинной эпилепсии следует иметь в виду наличие при симптомах, 2) наличие в анамнезе указаний на мозговое заболевание, травму черепа и т. д., 3) часто отсутствие прогрессивности заболевания, 4) отсутствие психических изменений, свойственных генуинной эпилепсии. Не исключена возможность сочетания того или иного мозгового заболевания с генуинной эпилепсией, что следует иметь в виду при распознавании. Во всех сомнительных случаях длительное наблюдение помогает правильной постановке диагноза.

Нарколепсия. Если не считать Вестфала (Westphal), то первое клиническое исчерпывающее описание этого заболевания дал Желино (Gélineau), назвав его нарколепсией. Характерными особенностями этого заболевания являются приступы сна, напоминающего обычный сон. Приступ наступает неожиданно и может случиться во время ходьбы, работы, на прогулке, при стоянии, езде и т. д. Сон обычно длится от нескольких минут до четверти—получаса. Перед засыпанием наблюдается усталость, вялость, сонливость. В одних случаях сон неглубокий, больного можно легко разбудить прикосновением; в других случаях — крепкий, сопровождается иногда сновидениями. В тех случаях, когда больному удастся перебороть сонное состояние, следующий приступ сна бывает значительно глубже. После сна больной чувствует себя освеженным, бодрым. Частота приступов сна различна: Желино описал до 200 приступов в течение суток, обыкновенно бывает значительно меньше — от 3 до 5 приступов.

На ряду с описанной Желино нарколепсией при отдельных заболеваниях (эпидемический энцефалит, опухоль третьего желудочка, опухоль гипофиза и т. д.) могут встречаться кратковременные засыпания, которые в отличие от настоящей нарколепсии называются симптоматической нарколепсией. С подобной симптоматической нарколепсией можно встретиться у детей (помимо указанных заболеваний) также при перенапряжениях, истощениях нервной системы, при желании избежать аффективного затруднения. Это напоминает своеобразное «бегство в болезнь», по своему механизму близкое к истерическому: при неприятности спешит скорее заснуть — «сном все пройдет». Обычно этот сон ближе к естественному, более длителен и всегда связан с неприятным аффективным переживанием.

Настоящая нарколепсия нередко сочетается с аффективной потерей тонуса, но в отдельных случаях эта последняя может встречаться и самостоятельно. Аффективная потеря тонуса (известна также под другими названиями, например, аффективная катаlepsия, оцепенение, Lachschlag — Оппенгейм, аффективная атония Тромнер) характеризуется внезапной слабостью, или лишь расслаблением произвольной мускулатуры тела, или только конечностей. Подобное состояние наблюдается под влиянием сильных аффективных переживаний (гнев, испуг, досада, смех и т. д.). Больной сразу весь «обмякает», теряет равновесие, падает; лицо становится невы-

разительным, отвисает нижняя челюсть, голова свешивается на грудь; вследствие расслабления мускулатуры пузыря иногда отмечается опускание мочи. Сознание не теряется; больной лишь не в состоянии реагировать на происходящее, но он все хорошо понимает и сохраняет воспоминание о происшедшем. Приступ длится от нескольких секунд до нескольких минут. После припадка возвращается нормальное состояние. Приступ есть по существу усиление физиологического состояния, наблюдающегося иногда и у совершенно здоровых людей (хотя бы при том же сильном смехе), когда они испытывают слабость во всем теле, и изредка случается, что опускают мочу. (Сравни выражение «смеяться до упаду».)

В случаях сочетания нарколепсии с аффективной каталепсией у больных при засыпании отмечается описанное расслабление мускулатуры. Нарколепсия чаще встречается в возрасте, начиная с 9—10 лет, особенно в период полового созревания; в процентном отношении заболевание чаще наблюдается у мальчиков; аффективная потеря тонуса, свойственная этому же возрасту, чаще встречается у девочек. Крепелин считал нарколепсию одной из форм генуинной эпилепсии; в настоящее время это мнение большинством авторов не разделяется, и нарколепсию рассматривают как самостоятельное заболевание, отличное от эпилепсии. Влияния в смысле психической деградации личности это заболевание, как и аффективная потеря тонуса, никакого не оказывает. Аффективную атонию и нарколепсию связывают с заболеванием зрительного бугра (*thalamus opticus*).

Пикнолепсия. Болезнь впервые была описана Вестфалем, уточнение клинической картины сделано Желино, Фридманом, Гейльбронером (M. Friedmann, Heilbronner) и др. Фридман свои случаи считал за истинную нарколепсию, однако отсутствие в них явлений аффективной потери тонуса, большая частота припадков, их кратковременность и нерезко выраженная сонливость — заставили позднейших исследователей рассматривать эти случаи как пикнолепсию. Пикнолептический припадок характеризуется кратковременной потерей сознания, больной при этом не падает, взор неподвижен, голова несколько запрокинута назад, частое моргание, отмечается повышение тонуса мышц, преимущественно верхних конечностей. В других случаях к этому присоединяются движения, похожие на жевательные, глотательные, иногда слюноотделение, слезотечение. Припадок длится несколько секунд. После припадка обычное нормальное состояние; никакой вялости, разбитости, сонливости не отмечается. В виду кратковременности припадки не всегда улавливаются окружающими. Частота припадков различна, в среднем она колеблется от 20 до 50 в день, доходя в отдельных случаях до 100 и более. Интересно отметить, что перемена обстановки влияет на припадки как в смысле уменьшения их частоты, так иногда и полного исчезновения. Если припадки исчезли, то вновь они уже не возобновляются. Начало заболевания падает на годы от 3 — 12 лет; мальчики и девочки подвержены заболеванию в одинаковой степени. Чаще всего болезнь встречается у детей наследственно отягощенных (в роду патологические характеры, психопаты). Болезнь длится месяцы, нередко годы; обыкновенно к

периоду полового созревания, а у многих детей и значительно раньше, проходит бесследно. Несмотря на частоту припадков, длительное течение, никаких изменений в психике ребенка не происходит, он продолжает развиваться без задержек, иногда опережая в интеллектуальном отношении сверстников. Этиология болезни до настоящего времени не выяснена. Некоторые авторы присоединяют пикнолепсию к генуинной эпилепсии. Доброкачественность течения пикнолепсии говорит о неправильности такого присоединения, и мы более согласны с Я. Ратнером, который объединяет пикнолепсию, нарколепсию и ряд других заболеваний в группу «диэнцефалозов», т. е. болезненных состояний, вызываемых неполноценностью межзачаточного мозга.

Лечение болезни преимущественно общее, укрепляющее. Антиэпилептические средства (бром, люминал и др.) никакого действия на припадки не оказывают, и если при подобном лечении припадки начинают сокращаться в числе, то всегда следует подумать о возможности генуинной эпилепсии. При педагогическо-воспитательском подходе следует обращать внимание на то, чтобы ребенок не запускался в педагогическом отношении, не отставал в развитии от сверстников. Необходимо оберегать ребенка от центрирования внимания на своей болезни, препятствовать использованию болезни как средства для приобретения различных льгот, выгод в смысле послабления предъявляемых к нему требований; с другой стороны, необходимо оберегать от возможности развития в связи с болезнью чувства собственной неполноценности, недостаточности.

Распознавание пикнолепсии всегда представляет громадные затруднения. Прежде всего, самые припадки очень похожи на эпилептические типа *petit mal* (в особенности *absence*), а потому основываться при распознавании на одних только припадках совершенно невозможно. Необходимо учитывать всю картину заболевания и при отграничении от эпилепсии руководствоваться совокупностью следующих отличительных признаков: 1) множественность припадков при пикнолепсии, 2) стереотипное их повторение без нарастания новых явлений, без присоединения судорожных припадков, 3) известная зависимость припадков от перемены обстановки, 4) безрезультатность лечения антиэпилептическими средствами, 5) наличие при припадке покраснения лица, повышения тонуса мышц, что не характерно для *petit mal*, 6) отсутствие психических изменений, деградации личности больного. Все же в ряде случаев окончательный диагноз может быть поставлен после длительного наблюдения больного.

В этом разделе следовало бы остановиться еще на одном болезненном состоянии, сопровождающемся судорогами, — это аффект-эпилепсии, но так как подобное состояние является разновидностью эпилептоидной психопатии, то мы его там и описываем.

ХIII. МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ.

В целом ряде психических заболеваний и при разнообразных психопатических состояниях наблюдаются более или менее сильные сдвиги, колебания настроения; все же, в общей картине болезни или психически аномальных состояний подобные изменения настро-

ния не играют первенствующей роли и затушевываются другими, более характерными симптомами. В заболевании, о котором сейчас будет речь, аутохтонные (наступающие независимо от внешних факторов) смены настроения являются одним из кардинальных симптомов. Это эндогенное (зависящее от внутренних причин) конституциональное заболевание называется *маниакально-депрессивным психозом*. Маниакально-депрессивный психоз известен также и под другими названиями: циклофрения (Рыбаков), маниакально-меланхолический психоз (Бехтерев) и др., не получившими широкого признания.

Болезнь преимущественно затрагивает аффективную сферу и характеризуется немотивированными, более или менее длительными состояниями возбуждения (маниакальное состояние) и угнетения (депрессивное состояние), протекающие в виде фаз, приступов. Раньше каждый из этих приступов (фаз) считали самостоятельным заболеванием; со времени Крепелина в маниакально-депрессивном психозе объединяются и меланхолия и мания, и периодическое помешательство, которые считаются не отдельными самостоятельными заболеваниями, а лишь контрастными проявлениями одной и той же болезни. Обоснованием для такого объединения в одну общую болезненную единицу, таких качественно-контрастных состояний, как меланхолическая, депрессивная фаза или маниакальная, служит то, что при них расстраиваются функции одних и тех же психических механизмов. В одних случаях маниакально-депрессивного психоза фазы могут правильно чередоваться между собой, иногда следуя непосредственно одна за другой, иногда отделяясь более или менее длительными здоровыми (светлыми) промежутками. В других случаях могут носить односторонний характер, т. е. у больного в течение жизни бывают только маниакальные или только депрессивные приступы, отделенные один от другого светлыми промежутками. Наконец, могут быть смешанные состояния, когда в приступ болезни одновременно вкраплены и маниакальные и депрессивные элементы. Светлые промежутки между отдельными приступами весьма различны, и в течение жизни могут колебаться у одного и того же больного: то они почти непосредственно следуют один за другим, то наступают лишь через 10—15, а иногда и более лет; чаще же один приступ отделяется от другого светлым промежутком в 2—3 и более лет. У детей маниакально-депрессивный психоз — заболевание не частое. По данным Крепелина начало заболевания по возрастам распределяется следующим образом: до 10 лет — 0,4%, от 10—15 лет — 2,5%, от 15—20 лет — 16,4%, от 20—25 лет — 15,3%, от 25—30 лет — 15,4%, от 30—35 лет — 12,7% и т. д.

Проявления маниакально-депрессивного психоза у детей, не достигших периода полового созревания, обыкновенно носят рудиментарный (зачаточный) характер. Меньшая сложность, глубина переживаний отражается на внешней картине болезни, рисунок, который подчас расплывчат, смазан, намечен только отдельными штрихами. В более старшем возрасте картина болезни становится более отчетливой, приближаясь к аналогичному состоянию у взрослых. С этих картин мы и начнем описание клинических проявлений

болезни, попутно делая соответствующие поправки на более молодой возраст.

Маниакальное состояние (фаза, приступ) характеризуется следующими основными симптомами: 1) повышенное, приподнятое настроение, 2) облегченная смена ассоциативных процессов, 3) психомоторное (речевое и двигательное) возбуждение. Повышенное настроение сказывается в том, что все окружающее начинает казаться удивительно привлекательным, приятным. Больному так радостно, так хорошо, что все плохое, тяжелое он тотчас же отбрасывает от себя, скользит мимо неприятных переживаний, не задерживаясь на них, подолгу. Он жизнерадостен, общителен, доступен, он перестает замечать как свои недостатки, так и недостатки других, а если ему на них указывают, то он находит для них различные извиняющие мотивы. Ему кажется, что все хорошо к нему относятся, для всех он приятен, а потому он легко завязывает новые знакомства, посещает друзей, родных, непрерывно развлекается, постоянно в погоне за новой сменой впечатлений.

Благодаря облегченной смене ассоциативных процессов мысли его быстро бегут, сменяют одна другую; он легко отвлекается, перескакивает с предмета на предмет и, не докончив одной мысли, переходит к другой. Его речь едва успевает за этой спешкой мыслей, она носит торопливый, беспорядочный характер, иногда в нее вплетаются рифмы, легко возникающие по созвучию. Что не успевает высказать, так как речь отстает от мысли, то дополняет мимикой, жестикуляцией, становящимися крайне подвижными, разнообразными, выразительными. Наплыв мыслей, «вихрь идей», влекут к самой разнообразной деятельности: то больной сочиняет стихи, то что-то изобретает, то придумывает новую забаву, игру, то с увлечением читает случайно подвернувшуюся книгу. И так постоянно переходит от одного занятия к другому, не доводя их до конца, быстро отвлекаясь, постоянно куда-то торопясь. Шумливый, крикливый, болтливый, суетливый, неусидчивый, непрерывно в движении он производит вокруг себя постоянный беспорядок. Его поведение быстро утомляет других, в то время как он сам, несмотря на огромную затрату энергии, совершенно не чувствует себя утомленным. Наоборот, он выставляет напоказ свое здоровье, хвастает своей силой, ловкостью, выносливостью, терпеливостью к боли и пр. Эта повышенная самооценка распространяется больным и на свои психические качества: он находчив, сообразительнее других, ему все легко дается, у него разнообразные способности и пр. В отдельных случаях отмечается повышенная эротичность, проявляющаяся в неукротимом кокетстве, поисках любовных приключений, писании стихов, любовных записках и т. п. Сознание ясное; бредовых идей и галлюцинаций, как правило, у детей не отмечается. Из-за усиленной психомоторной подвижности происходит падение в весе, иногда наблюдается упорная бессонница; в ряде случаев отмечаются повышение сердечной возбудимости, повышенная потливость, легкое покраснение лица.

У детей младшего возраста маниакальное состояние сказывается общим хорошим самочувствием, несколько повышенной болтливостью (другие внешние проявления облегчения ассоциативного про-

цесса у них значительно бледнее, менее выражены) и резкой психомоторной возбудимостью. Последняя проявляется в том, что они кричат, бегают, поют, производят постоянный шум и беспорядок. Непрерывно требуют новой смены впечатлений, легко отвлекаются от начатого, шумливо выражают свой восторг. При отказе в их неудержимо нарастающих требованиях, при неисполнении их желаний, при ограничении их психомоторной возбудимости они дают резкую аффективную вспышку с криком, плачем, слезами и т. д. Иногда на короткий промежуток времени приподнятое настроение без причины сменяется капризным, раздражительным. Очень быстро успокаиваются, отвлекаясь случайными впечатлениями. С сверстниками контакт часто нарушается их непомерными требованиями подчинения себе, бесцеремонным нарушением правил игр, нежеланием в чем-нибудь уступить, часто насильственным захватом понравившейся вещи, игрушки. Очень быстро успокаиваются и с увлечением играют до новой вспышки, наступающей почти незамедлительно. Таким образом у них на первый план выступает психомоторная возбудимость, и чем моложе ребенок, тем эта психомоторная возбудимость при маниакальном состоянии выражена резче, и за ней обыкновенно трудно бывает выявить и повышенное настроение и облегчение ассоциативных процессов.

Депрессивное состояние представляет полную противоположность маниакальному: 1) подавленное, пониженное настроение, 2) замедление ассоциативных процессов, 3) психомоторная заторможенность. Приступ депрессии (меланхолии) чаще всего начинается жалобами на соматическое нездоровье: плохой аппетит, расстройство сна, чувство стеснения в груди, головные боли, общая слабость, повышенная утомляемость. Вскоре к этому присоединяются (иногда начинаются и одновременно с соматическими) жалобы на плохое самочувствие, скуку, тоскливость, апатию, отсутствие желания чем-нибудь заняться. Работоспособность сильно падает, так как больным трудно собраться с мыслями; мысли текут медленно, вяло, подумать о чем-нибудь, если для этого требуется напряжение внимания, крайне трудно. Они с трудом понимают прочитанное, должны по нескольку раз проверять выполнение задания, так как им кажется, что они его неправильно поняли, что-то забыли, перепутали. Работа их больше не удовлетворяет, будущее рисуется беспросветным, трудным, мрачным. В отдельных случаях это тоскливое настроение бывает пронизано тревогой, страхами: должно случиться что-нибудь неприятное, стрясется какая-то беда, произойдет непоправимое несчастье. Они беспокоятся не только за свою судьбу, но и судьбу родных, близких им лиц. Иногда им кажется, что это несчастье уже произошло, но от них его скрывают, и тогда они становятся подозрительными, мнительными, чутко вслушиваясь в каждое слово. Движения их крайне замедлены, осанка согбенная, общий вид опущенный, мимика вялая, подчас скорбное выражение лица. Говорят они медленно, тихо, монотонным голосом. Иногда сами в разговор не вступают, ограничиваясь односложными ответами. Нередко они забираются, прячутся в угол, так как детское общество их раздражает, они избегают развлечений, не выносят шума, крика, суетни. На фоне тоскливого настроения возникают мысли о самоубийстве, как о

единственном выходе из тяжелого, беспросветного положения, но нередко мысли о самоубийстве могут быть спровоцированы нечутким подходом родных (принимают болезненное состояние за лень, увиливание от работы), обидами и насмешками товарищей, потерей близких лиц и пр. В некоторых случаях в депрессивное состояние вклиниваются кататонические симптомы в виде автоматической подчиняемости, упорного негативизма, стереотипных фраз, позы, жестов и т. п. Ступорное состояние, как правило, у детей при этом заболевании не встречается. Чужды им также идеи самообвинения и другие бредовые идеи, которые отмечаются при депрессии у взрослых. Сознание — ясное. Со стороны соматической отмечаются падение веса, малокровие, побледнение лица, синюшность конечностей, иногда замедление пульса, аритмия.

Обыкновенно подобная картина депрессии встречается чаще в пубертатном возрасте и крайне редко у более младших детей, у которых все симптомы выражены более тускло, неотчетливо. У детей младшего возраста меньше жалоб на тоску, скорее на скуку. Они становятся более требовательными, капризными, раздражительными, преобладают жалобы на соматическое нездоровье. Их настроение не носит того однообразного, тоскливого фона, как это бывает у подростков, оно больше подвержено колебаниям, легче отвлекается в сторону несколько приподнятого и веселого. Эти колебания обычно связаны с внешними факторами, когда то или иное развлечение, игрушка прорывают на время депрессивный фон. Сравнительно часто их настроение не распознается родными как болезненное, а расценивается как каприз, избалованность, что в таких случаях бывает связано с неправильным подходом к ребенку. Нарушения в двигательной сфере также менее значительно выражены: движения несколько замедлены, заторможены, но нет согбенного, опущенного вида, нет скорбного выражения лица. Вообще о раннем детском возрасте следует сказать, что ему мало свойственна депрессия, и если в этом возрасте наблюдается первый дебют маниакально-депрессивного психоза, то чаще это бывает маниакальный, а не меланхолический приступ.

Смешанные состояния наблюдаются у детей в виде *ажитированной депрессии и гневной мании*; маниакальный ступор (приподнятое, оживленное настроение с интеллектуальной и двигательной заторможенностью), маниакальное возбуждение (приподнятое настроение с интеллектуальным возбуждением, но психомоторной заторможенностью) и другие смешанные состояния у них не наблюдаются. *Ажитированная депрессия* (подавленное настроение, интеллектуальная заторможенность, но резкое психомоторное возбуждение) проявляется в том, что больные находятся в непрерывном движении, не находят себе места, мечутся, кричат, стонут, заламывают руки, иногда наносят себе повреждения. В таком виде ажитирования депрессия встречается у взрослых, у подростков — крайне редко. Детям и подросткам скорее более свойственно двигательное проявление тоскливого настроения в виде повышенной суетливости, беспокойства рук и ног, более резкой и порывистой жестикуляции, крикливой, торопливой речи, приставания к окружающим с жалобами, просьбами и пр. При *гневной мании* на первый план выступает

не повышенное, веселое, приподнятое настроение, а раздражительность, гневливость, агрессивность. В резких случаях больные бранятся, разрушают вещи, набрасываются с кулаками на окружающих и пр. У детей гневная мания наблюдается в смягченной форме и скорее сказывается в повышенной раздражительности, чрезвычайной обидчивости, придирчивости, неуживчивости, некоторой озлобленности, постоянных спорах, конфликтах с окружающими и т. п.

Течение и прогноз. Течение маниакально-депрессивного психоза у детей весьма различно, но, как общее правило, это течение не бывает таким длительным, как у взрослых. В виду малой типичности, нередко слабой очерченности отдельных приступов бывает крайне трудно уловить их начало, а также и чередование, в силу чего приступы часто прослеживаются, остаются нераспознанными. Кроме того, очень легко спутать с настоящими приступами реактивные состояния, которые сравнительно часто встречаются у этих детей. Все же несколько обобщая, можно утверждать, что длительность маниакального приступа у детей больше, чем депрессивного. Депрессивный приступ длится от нескольких дней, до нескольких недель, в то время как маниакальный — от нескольких недель, до нескольких месяцев. (В более раннем детстве и тот и другой приступы исчисляются днями, иногда часами.) Следует иметь в виду, что у одного и того же больного как длительность, так и выраженность (сила) отдельного приступа бывают неодинаковыми. Чередование приступов у них происходит так же, как это было уже указано в начале главы. Светлые промежутки между отдельными приступами нередко весьма длительны (исчисляются годами), но все же бывают случаи, когда в год отмечается по одному, в исключительных случаях, по два выраженных приступа. На ряду с выраженными приступами отмечаются также кратковременные колебания настроения, обычно окружающими не улавливаемые или расцениваемые как реактивные состояния. Чаше болезнь начинается маниакальным приступом (особенно у маленьких детей), в пубертатном периоде может начаться с депрессии. Каждый приступ болезни обязательно заканчивается выздоровлением, ребенок возвращается к состоянию, бывшему до заболевания, т. е. не происходит никаких изменений, деградации личности. Поэтому для каждого отдельного приступа предсказание благоприятно. Это предсказание в отдельных случаях омрачается тем, что в связи с частыми или длительными приступами, а также иногда сопровождающим их сильным истощением, падает работоспособность ребенка, он отстает в педагогическом отношении от своих сверстников. Во время депрессии всегда следует подумать о возможности самоубийства, в силу чего за ребенком должен быть хороший присмотр. В маниакальном состоянии следует считаться с возможностью анти-социальных поступков (легко берут деньги взаймы и не отдают их, совершают подлоги, мошенничают, крадут, чтобы иметь деньги на удовольствия, развлечения). Наблюдаемая иногда повышенная эротичность также требует организованного надзора (возможность случайных связей, венерического заболевания).

Причины и сущность болезни. Маниакально-де-

прессивный психоз является наследственной болезнью, возникающей на определенной конституциональной почве. Эти конституциональные особенности в основном сводятся к созвучности (синтонности — Блейлер) с окружающими, направленности на реальный мир, а не внутрь собственных переживаний (экстраверсия), к конкретному мышлению.¹ Кречмер установил корреляцию этой конституции с пикническим телосложением, что подтверждается также и исследованиями других авторов. В наследственности часто наблюдается прямое отягощение со стороны родителей, в свою очередь, происходящих из семейств, где отмечаются циклоидные, циклотимные компоненты характера. В силу того, что маниакально-депрессивный психоз встречается в нескольких поколениях подряд, некоторые авторы склонны говорить о доминантном типе наследования. Эта точка зрения оспаривается. Юдин считает, что маниакально-депрессивный психоз возникает в том случае, если к дополнительному циклоидному ядру присоединяются две рецессивные особенности (например два схизоидных гена или один схизоидный ген с прибавкой психастенических компонентов). В доказательство на участие в наследовании схизоидного гена Юдин приводит случаи, где дети, происходящие от родителей, болевших маниакально-депрессивным психозом, заболевают шизофренией. В качестве моментов, провоцирующих приступ, нередко бывают тяжелые социально-бытовые условия, внезапно подействовавшие психические травмы и пр. При этом характер приступа не всегда бывает равнозначным вызвавшему его психическому моменту. Например, в случае утраты близкого лица вместо депрессии, как бы этого следовало ожидать, развивается маниакальное возбуждение.

Патолого-анатомические изменения при этой болезни сколько-нибудь характерной картины не дают. Можно думать, что сущность болезни заключается в первичной, болезненно-измененной иннервации сосудов и неполноценности эндокринного аппарата (щитовидная железа, надпочечная), влияющих, в свою очередь, на мозговые функции (изменение химического состава нервных элементов головного мозга). Можно предположить и обратное, т. е. первоначально расстраивается мозговой аппарат, результатом чего является последующая дисфункция эндокринных желез. Вопрос этот до настоящего времени спорный; большинство склоняется к первому высказанному здесь положению.

Распознавание. При отграничении маниакально-депрессивного психоза от циклоидной психопатии встречаются иногда большие затруднения, о которых мы, чтобы сохранить цельность впечатления, предпочитаем сказать несколько позднее, когда детально будем описывать психопатов циклоидного круга. В ряде случаев приходится дифференцировать маниакально-депрессивный психоз от циркулярной формы шизофрении. Отличия маниакального приступа от маниакального состояния шизофреника будут следующие: 1) преморбидная личность маниакального отличается созвучностью окружающему, конкретностью мышления, установкой на реальную жизнь; 2) в маниакальном приступе психомоторная

¹ Подробнее об этой конституции см. в разделе — Циклоидные психопаты.

возбудимость находит себе разряд в каком-либо виде деятельности (Beschäftigungsdrang — стремление работать), в то время как у схизофреника все лишь сводится к психомоторному разряду в непродуктивных движениях (Bewegungsdrang — стремление к движениям); 3) поступки маниакального больного понятны для окружающих, не выглядят странными, их эмоциональные переживания адекватны их поведению; 4) маниакальный приступ заканчивается без всяких потерь, ущерба для личности, приступ у схизофреника всегда что-нибудь отнимает, после приступа его личность тускнеет.

Отличия депрессивного приступа от аналогичного состояния у схизофреника также базируются на тщательном выяснении преморбидной личности, анализе происшедших после приступа изменений, которые будут говорить за схизофрению. Несмотря на наличие в отдельных случаях кататонических явлений все же депрессивный больной будет отличаться от схизофреника своей доступностью, понятностью переживаний, связанных с «я», а не оторванных от него, хорошим контактом вне этих кататонических симптомов, отсутствием ступора, сравнительно часто встречающегося в этих состояниях у схизофреника.

В отдельных случаях, в особенности при гневной мании и ажитированной депрессии, могут встретиться затруднения в отличии от колебаний настроения при эпилепсии (тоскливо-раздражительное или возбужденно-гневливо — раздражительное настроение эпилептиков). Тугоподвижное, негибкое мышление эпилептиков, вязкость, прилипание к аффекту, намечающиеся черты слабоумия служат хорошими опознавательными признаками. Если ко всему этому выражены и другие особенности характера эпилептика, или имеются судорожные припадки, эквиваленты, то диагноз значительно упрощается.

Л е ч е н и е. Острые состояния нуждаются в помещении в психиатрическую больницу с тем, чтобы больному был обеспечен соответствующий уход.

Своевременное помещение в больницу нередко ведет к сокращению срока приступа, затягивающегося при неправильном уходе, постоянной травматизации больного. В острых случаях (при бессоннице, истощении, сильном возбуждении и пр.) необходим постельный режим, ванны, медикаментозное лечение. Пребывание в больнице должно быть до полного окончания приступа; при выписке особенно следует иметь в виду возможность, после короткого наступления перерыва, противоположной фазы. Следует еще раз напомнить о тщательном надзоре за больными, склонными к самоубийству, антисоциальным поступкам. Легкие случаи могут быть оставлены в домашней обстановке, при условии обеспечения надзора, устранения травмирующих психику моментов, возможности проведения лечебных процедур. Особенно следует подчеркнуть значение профилактических мероприятий при маниакально-депрессивном психозе, где различные травмирующие психику моменты, разнообразные экзогенные вредности смогут как спровоцировать наступление той или иной фазы психоза, так и обострить, затянуть течение процесса.

XIV. ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ.

Определение понятия „пограничные состояния“ и классификация психопатий.

В педагогической практике наибольшее значение имеют так называемые пограничные состояния, т. е. своеобразные психические аномалии, стоящие на грани между психическим здоровьем и болезнью. По сравнению с психическими болезнями эти аномалии в процентном отношении занимают у детей одно из первых мест. Подобные аномальные дети, вкрапленные в толщу жизни, не должны являться частыми пациентами психиатрических больниц, так как в подавляющем проценте случаев они могут или перевоспитываться в условиях массовой школы (оздоровительные классы, классы для психоневротиков) или в специальных детских учреждениях (школа-санатория для психоневротиков, школа-лечебница для психопатов). К сожалению, нередко эти дети, нераспознанные педагогом, попадают в разряд особенно трудновоспитуемых, «совершенно неисправимых», и тогда они изгоняются из массовой школы, социально деградируют, и это происходит несмотря на то, что среди них (помимо значительного процента интеллектуально нормально развитых) встречается известный процент способных, одаренных выше нормы, талантливых.

В руководствах по психопатологии детского возраста глава о пограничных состояниях является наиболее уязвимым местом. Происходит это потому, что по этому вопросу нет еще полной договоренности, и нередко каждый из авторов, затрагивающих эту область, предлагает как свое понимание пограничных состояний, так и вытекающую отсюда собственную классификацию. На практике это часто приводит к тому, что отдельные авторы говорят об одном и том же состоянии, но в разных терминах, или, наоборот, употребляют иногда одинаковые термины для обозначения различных состояний.¹

Не менее существенным затруднением при изложении в учебнике пограничных состояний является также и то, что обыкновенно симптомы той или другой аномалии описываются у ребенка «вообще», без подразделения на отдельные возрастные периоды, безотносительно к его классовой принадлежности, часто без достаточно полного учета социально-бытовых факторов, сформировавших его личность.

Избежать перечисленных трудностей в изложении пограничных состояний мы не всегда могли, так как психопатология детского возраста сравнительно недавно отделилась от психиатрии взрослых, детский материал (особенно в смысле классовой характеристики, патопластики отдельных возрастных групп и пр.) только еще накапливается, многое в нем является еще не оформившимся, спорным. Учитывая все это, мы будем придерживаться в изложении пограничных состояний более или менее общепринятых (хотя подчас

¹ Для иллюстрации к сказанному, а также в целях лучшей ориентировки в этом вопросе, в конце книги приложена сводная таблица, в которой приведены наиболее употребительные современные классификации.

и несовершенных с указанных точек зрения) взглядов, внося в них те или иные поправки как на основании данных работающих в этой области исследователей (преимущественно русских, у которых более отчетливо выявлен педологический анализ личности), так и на основании своего личного опыта.

Общепринятого определения пограничных состояний не существует. Называя эти состояния «конституциональными аберрациями», Блейлер объединяет в этом названии как конституциональные, так и после перенесенных легких мозговых заболеваний психические отклонения от нормы во всевозможных направлениях и комбинациях; отклонения, не носящие в себе явных признаков психических болезней. Он разделяет эти состояния на две основных группы: 1) прирожденные болезненные состояния (невропатии) и 2) психопатические личности (психопатии в узком смысле этого слова).¹ В первую группу входят аномалии, носящие отпечаток болезни (нервозность — *Nervosität*, психастения или невроз навязчивых состояний, расстройство влечений как в виде усиления или ослабления нормальных влечений, так и болезненное их извращение). Расстройства при этих состояниях не ограничиваются высшими психическими функциями, но одновременно сопровождаются расстройством нервных (преимущественно вегетативных) функций. Эти болезненные состояния не только более или менее тяжело переживаются самим больным, но в отдельных случаях служат своеобразным «средством порабощения окружающих». Вторая группа (психопатии) — психические уклонения (преимущественно аффективные особенности), не сопровождающиеся болезненными явлениями и не носящие характера психоза.

Подобное подразделение на невропатии и психопатии другими авторами (К. Шнейдер, Кан, Гомбургер, Циен, Ганнушкин и др.) считается искусственным, так как невозможно провести резкую грань между теми и другими состояниями, а потому они в своих классификациях объединяют обе группы в одном общем названии «психопатии». «Мы не можем понять — говорит Ганнушкин — разницы между невропатиями и психопатиями (один из этих терминов должен быть уничтожен; нам кажется, что эта участь должна постигнуть термин «невропатия»». Мы вполне согласны с этим положением Ганнушкина, так как «дело идет о словесных формулах без истинного знания», а потому также не придерживаемся деления на невропатии и психопатии, говоря лишь о последних.

В дальнейшем изложении мы будем придерживаться определения психопатии, данного Крепелином, так как большинство определений в той или иной степени является лишь его перифразом. Не следует при этом забывать того, что сам Крепелин не считал свое учение о психопатиях законченным, так как он лишь только приступил к разработке этой проблемы, а потому все сделанное им в этом направлении далеко отстает от его достижений в других областях психиатрии. Крепелин смотрит на психопатов или как на не-

¹ В позднейших изданиях учебника Блейлер как те, так и другие состояния описывает в главе «Психопатии».

доразвившуюся степень настоящих психозов, или как на ограниченность задержки развития, обусловленные неблагоприятной наследственностью, повреждением зачатка или рано подействовавшим торможением. При ограниченных задержках развития Крепелин отводит известную роль (правда, весьма недостаточную) «формирующему влиянию жизненного опыта». Недостаточность таких личностных сказывается по Крепелину в сфере чувств и воли («своеобразный инфантилизм воли и влечений»); болезненные явления психопатов «мешают достижению общих жизненных целей».

Разделяя в основном взгляды Крепелина на сущность психопатии, мы не придерживаемся его классификации, так как она лишена ряда недостатков, о которых мы скажем позже. К психопатиям, являющимся по Крепелину недоразвившимися психозами, мы относим схизоидов, циклоидов и эпилептоидов. Эти психопатии имеют биологическое и симптоматологическое сродство с определенными психозами, конституцию которых они характеризуют. Различие заключается в том, что при психопатиях имеются недостатки определенных механизмов, при психозах — болезненное нарушение и изменение этих механизмов. Эти взаимоотношения психопатии и психоза, намеченные Крепелином (об эпилептоидной психопатии он, между прочим, говорит очень осторожно), получили дальнейшее развитие у Блейлера, Кана, Клейста, Кречмера, Эвальда, Миньковской и др., и из русских авторов у Ганнушкина (первый описал шизофреническую конституцию), Гуревича, Краснушкина, Сухаревой, Юдина и др.

Несмотря на то, что схизоидная, циклоидная и эпилептоидная психопатии в настоящее время очерчены ярко и выпукло, все же подобное подразделение является в значительной степени эмпирическим, группировка не охватывает всего многообразия психопатий, отдельные типы не встречаются в таком чистом, законченном виде, в каком их рисует клиническая схема. Придерживаясь подобной группировки, необходимо также твердо помнить о том, что развитие личности этих психопатов не является «обреченным» в смысле биологической обусловленности, предопределенности этого развития. Речь идет лишь об известных биологических тенденциях в развитии личности, но для социального воздействия открывается при этом широкий простор; от социального воздействия в конечном итоге зависит оформление личности. Другими словами, сложная структура личности обуславливает то, что при различных ситуациях развитие ее идет неодинаково; если характер претерпевает сдвиги при неблагоприятных условиях, то само собой разумеется, что благоприятная социальная обстановка будет влиять в положительную сторону. В связи с этим мы констатируем, что в советских условиях, где не только нет эксплуатации труда, но широко развернута работа по охране здоровья детей и подростков, процент психопатий (а также и психических заболеваний) меньше, чем в буржуазных странах. Вот почему является крупной ошибкой игнорирование своеобразия условий СССР и механическое перенесение на нашу советскую почву буржуазных статистических данных о детской психической заболеваемости и психических аномалиях. (Например, на основании буржуазных статистических данных о проценте

олигофренов утверждают, что аналогичный же процент должен быть и у нас.)

Ко всему сказанному следует добавить, что пластичность детской психики открывает особенно богатые перспективы для педагогического воздействия на психопатов. Так например, в отношении известного процента схизоидных психопатий Сухарева отмечает, что «после пубертатного периода наступает сглаживание психопатических особенностей; подростки делаются ровнее и спокойнее».

Группа психопатий, которую Крепелин рассматривает, как «ограниченные задержки развития личности», подробно описана им самим. В эту группу по Крепелину входят: возбудимые (*Erregbare*), неустойчивые (*Haltlose*), одержимые влечениями (*Triebmenschen*), сварливые (*Streitsüchtige*), лжецы и мошенники (*Lügner und Schwindler*), враги общества (*Gesellschaftsfeinde*) и др.

Вначале, когда мы говорили о недостатках крепелиновской классификации психопатий, мы имели в виду эту группу «ограниченных задержек развития личности». Наиболее существенными недостатками этой классификации является биологизирование социальных явлений («враги общества», «мошенники»), а также выделение отдельных групп психопатий на основании лишь одного признака («неустойчивые», «возбудимые», «лгуны» и т. д.). В формирующейся детской психике выделяемые Крепелином отдельные симптомы (неустойчивость, возбудимость и т. д.) могут встречаться как явление физиологическое, свойственное тому или иному возрастному периоду, так одновременно с этим быть и первыми симптомами разнообразных патологических состояний, до психозов включительно.

Если мы не придерживаемся этой классификации Крепелина, то все же признаем неоспоримую ценность выделения им группы психопатий, имеющих биологическое и симптоматологическое родство с определенными психозами (конституциональные психопатии), и психопатий, являющихся ограниченными задержками развития. К этому подразделению Крепелина, нам думается, следует добавить, что при психопатиях, являющихся ограниченными задержками развития, — в зависимости от тех или иных факторов, обусловивших нарушение развития, от силы и времени их воздействия, (зачаток, плод, тот или иной возрастной период ребенка), — кривая развития личности будет неодинаковой. Чтобы оттенить силу, степень нарушения хода развития личности и темпа выравнивания, мы считаем более правильным говорить не только о задержке развития, но также о замедлении, остановке (фиксации) в развитии. В случаях фиксации (остановки) в развитии отмечается развитие с более или менее прочным дефектом, когда отдельные патологические симптомы не исчезают, не бледнеют, сохраняются и во взрослом состоянии; при замедлении в развитии патологические симптомы выказывают известную тенденцию к выравниванию, протекающему в замедленном темпе; при задержке в развитии наблюдается сравнительно быстрое выравнивание патологических симптомов.

В этиологии фиксации, а также в большом проценте случаев замедления развития преимущественную роль играют факторы,

вызывающие повреждение зачатка — Keimschädigung, а также факторы, вредно подействовавшие на плод или на самого ребенка (природовые травмы, заболевания эндокринного аппарата, а также и другие различные экзогенные вредности, как инфекция, интоксикация и пр.).¹ Роль наследственности в этиологии фиксации и замедлении развития весьма незначительна и сводится в таких случаях к общему наследственному отягощению, а не к отягощению каким-нибудь отдельным видом психоза, как это отмечалось нами при конституциональных психопатиях (при схизоидной психопатии — схизофрения; при эпилептоидной — эпилепсия и т. д.). Этиология остальных случаев замедления, а также и задержки развития, обыкновенно бывает обусловлена тяжелыми социально-бытовыми факторами, нередко с присоединяющимися сюда и другими экзогенными вредностями (длительное недоедание, частые общие инфекции, алкоголизм и т. д.).

Если при конституциональной психопатии имеется своя лейт-линия, своя структура развития, взаимная обусловленность отдельных симптомов (например плохая моторика и известная аутистичность схизоида), то при ограниченном развитии лейт-линия обыкновенно не выражена, «каждая отдельная психическая недостаточность может однажды стоять на переднем плане клинической картины, в то время как другие бывают намечены слабее или же вовсе отсутствуют, так что может получиться необозримое число ограниченных состояний недоразвития, которые, в свою очередь, могут еще иметь всевозможные градации» (Крепелин).

К ограниченным задержкам развития (фиксация, замедление в развитии) мы относим истероидов и астенических психопатов. На ряду с этими клинически хорошо очерченными психопатиями мы делаем попытку зарисовки (в виде отдельных симптомокомплексов) и других психопатических состояний (дистонные, взрывчатые, реактивно-лабильные), являющихся также фиксациями и замедлениями в развитии. Особо выделяем мы задержки развития в виде так называемых «схизоидизации, эпилептоидизации, истеризации» личности, которые по существу являются реактивными психическими расстройствами (психогениями). Сравнительно нередко эти реакции перерастают в форму патологического развития, а потому мы и считаем целесообразным описать их в этой главе. Описывая эти состояния в настоящей главе, мы будем иметь также возможность более рельефно подчеркнуть дифференциально диагностические отличия их от конституционных психопатий.²

Сознавая все несовершенство нашего описания подобных симптомокомплексов, мы находим известное оправдание в том, что эти кли-

¹ К фиксации и замедлению развития относятся, между прочим, и различные психические изменения (сближающиеся некоторыми симптомами с психопатиями) на почве конгентального сифилиса, а также энцефалитов различной этиологии. В частности, тамнез ряда случаев после эпидемического энцефалита устанавливает, что у некоторых детей патологические сдвиги в характере в дальнейшем бледнеют, а иногда и вовсе исчезают.

² Термины «эпилептоидизация, схизоидизация, истеризация», вошедшие в клинический обиход, употребляются нами за неимением других, более подходящих (см. прим. стр. 173). Эти термины неудачны, так как они скорее сближают эти состояния с эпилептоидами, схизоидами, истероидами, в то время как их назначение — показать отличие от них.

нические зарисовки до некоторой степени должны будут помочь сузить рамки разросшихся до бесконечности схизоидного, эпилептоидного и циклоидного кругов личности.

Наше описание мы начинаем с группы конституциональных психопатий (схизоиды, циклоиды, эпилептоиды).

Конституциональные психопатии.

Схизоиды. В семьях больных схизофренией Крепелин находил у некоторых кровных родственников больных такие психические особенности, которые свойственны этому заболеванию. «В таких случаях — говорит он — речь обыкновенно идет об эмоционально-тупых, слабосильных людях или о боязливых чудаках со всякого рода странностями мышления и поведения».

Этих лиц Крепелин относит не к схизофреникам, так как у них психоз не доразвился, а к психопатическим личностям — странные, чудаки, оригиналы (*Verschroben*). Ганнушкин, говоря о группе лиц, которая в своей симптоматологии имеет некоторые сходные черты с схизофренией, вводит (1912 г.) понятие о схизофренической конституции. В дальнейшем этой психопатической группе присвоивается название схизоидов — термин, введенный в употребление Блейлером и Эльмигером. Наиболее яркая характеристика схизоидов дана Кречмером, рассматривающим схизоида как «патологическую личность, отражающую в легкой степени симптомы схизофрении».

Если Кречмером в основном совершенно верно выделены особенности схизоидной психики, то при описании конкретных типов он слишком расширил рамки схизоидной психопатии, в силу чего в его толковании термин «схизоид» потерял строгие границы, стал расплывчатым, неопределенным. В литературе детских психопатий схизоидные типы достаточно подробно описаны лишь в последнее время (Сухарева). Симптоматология их более или менее приближается к той, которая характерна для *Verschroben* Крепелина. Отличие заключается в том, что описание Крепелина не захватывает случаев с особенностями интеллекта и моторики, а лишь случаи с расстройством поведения и аффективной жизни. Нередко уже в раннем детстве удается подметить у этих детей склонность к одиночеству, уединению. Отчужденность, замкнутость, отгороженность (*аутистическая установка*) их от детского коллектива приводит к тому, что они, образно говоря, живут не в коллективе, а около него. Иногда эта отгороженность (аутизм) бывает больше выражена в отношении своих родных, чем посторонних, с которыми налаживается, хотя и поверхностный, контакт. В других случаях наблюдается обратное явление: более откровенны с своими и замыкаются, «свертываются» при посторонних. Иногда эта замкнутость, отгороженность, маскируется внешней общительностью за счет шутовства, гаерства, к которым прибегают эти дети, чтобы притупить острие направленных на них иронии, шутки; иногда находит себе выход в грубости, излишней развязности, нахальстве, хулиганских выходках и т. п. И в том, и в другом случаях это защитная реакция, это боязнь «живой жизни», это своеобразный страх перед людьми.

Известным препятствием к общению с детьми является также их *моторика*. Резко бросается в глаза их неуклюжесть, мешковатость, нерасторопность, нередко замедленный темп движений, что, вызывая насмешливое, полупрезрительное отношение сверстников к их моторной беспомощности. Большое количество излишних движений или напряженная скованная походка (походка куклы, манекена), маловыразительная мимика, недостаточно модулированная речь (деревянный голос), отрывистый смех, письмо — неряшливое, отдельные слова часто недописаны, буквы разорваны («курица нозоидного ребенка. По Гуревичу их моторная пропорция колеблется между заторможенностью и импульсивным, порывистым возбуждением.

В области аффективной жизни у схиЗОидов отмечается одновременное сосуществование, переплетающаяся комбинация из элементов повышенной чувствительности и холодности (*психэстетическая пропорция* по Кречмеру). Одновременно можно наблюдать аффективную вялость, безразличие и повышенную чувствительность, ранимость; иногда — холодность и повышенную раздражительность, доходящую до аффективных вспышек (судороги, паралич аффекта — Блейлер); в третьих случаях — спокойный эмоциональный тон и вместе с тем экзальтированная нежность к близким лицам. Неинтересные, бледные, тусклые с поверхности они нередко в глубине скрывают значительные богатства. Так например, за внешне бедной аффективной жизнью, внешним безразличием к окружающему проскальзывают утонченная наблюдательность, изысканный вкус, глубокие суждения, тонкие замечания. Подобная склонность к изящному встречается у них на ряду с неряшливой одеждой и хаотическим беспорядком в комнате.

При хорошем интеллекте (зачастую вправленном в очень бедную, дешевенькую оправу аффективной жизни и угловатой моторики) они своей склонностью к резонерству, абстрактному, схематическому мышлению, подчас бесполезному мудрствованию производят впечатление странных, чудаков, нелепых. Вот пример такого болезненного мудрствования у одного из пациентов нашей клиники: «Почему на сиденье стула такое количество дырочек? А что, если на каждую из этих дырочек положить по картошке, сколько понадобится картофеля? А что, если так положить на 100 стульев, на все стулья, имеющиеся в СССР, и т. д.».

Их интеллект обыкновенно вполне достаточен для обучения в школе, но все же нередко увлечение каким-нибудь одним предметом (чаще математикой, физикой, химией) приводит к тому, что другие предметы забрасываются, и это снижает их успешность. Из особенностей схиЗОидов следует также отметить их большую рассеянность. Они резко суживают круг внимания, целиком сосредоточивая внимание на каком-нибудь одном переживании, и в таких случаях нередко видят, как, позабыв надеть брюки и расхаживая в таком виде по комнате, ребенок ведет сложную беседу на какую-нибудь отвлеченную тему, целиком его поглотившую.

Ко всему сказанному надо присоединить еще наблюдающуюся у некоторых схизоидов склонность к рифмованию, на котором также замечен некоторый налет чужачества. Вот стихи одного из наших пациентов:

Не смотрите кошке в рот,
Выйдет пища наоборот.

В других случаях к этому присоединяется стереотипное повторение одних и тех же вопросов, прилипание к отдельным словам, фразам, придумывание новых, нередко бессмысленных слов (неологизмы): «офуфыриться» — растеряться, «мукалаберно» — смутно на душе и т. д. Иногда это сочетается с навязчивыми действиями, когда, например, ребенок не может пройти мимо стола, чтобы по-особому не загнуть скатерть, или каким-то особым образом подуть на руки, а потом их крепко потереть. У некоторых из схизоидов наблюдаются также нелепые импульсивные поступки: иногда среди полной тишины неожиданно громко закричат, плюнут соседу в лицо, ни с того, ни с сего ударят товарища и т. д. Найти объяснение этим поступкам обыкновенно не удастся, так как ребенок чаще всего отделяется ответом: «не знаю, так захотелось» и т. п. Один из наших пациентов плевал с галерки в партер, но это не было хулиганством, так как он «только изучал скорость падения плевка».

Все сказанное об особенностях схизоидной психики относится преимущественно к мальчикам, у девочек схизоидные особенности выражены не так отчетливо и выпукло. Сухарева в картине схизоидных психопатий у девочек отмечает на первом плане расстройства в эмоциональной сфере. Смена настроения отличается у девочек своей причудливостью и противоречием; ярче и определеннее выступает сочетание сенситивности (чувствительности) и эмоциональной тупости. В области мышления у них менее выражена склонность к абстрактному, схематическому, формальному мышлению. В моторике нет той резкости, угловатости, мешковатости движений, как это наблюдается у мальчиков, но все же своей неуклюжестью они выделяются среди сверстниц. В выразительных движениях (мимика, речь, голос) резких расстройств не отмечается.

У девочек более часто встречается негативизм, иногда сопровождающийся истероидными налетами: манерничание, жеманство, стремление обратить на себя внимание, некоторая взвинченность, капризность.

Таким образом особенности схизоидной психики, отмеченные Кречмером у взрослых, в основных чертах наблюдаются и у детей: 1) *психэстетическая пропорция настроения*, 2) *аутистическая установка*, 3) *прыгающий психический темп*, 4) *особенности психомоторики*, 5) *неадекватность реакции раздражению*.

Крайне важно из сложной психопатологической картины выделить первичные основные симптомы, являющиеся непосредственным выражением биологической недостаточности схизоида. Подобная попытка сделана Сухаревой, отметившей, что в раннем возрасте при малой дифференцированности психики первым симптомом, обращающим на себя внимание окружающих, является недостаточная моторика. Обыкновенно обнаруживается биполярность между

возбуждением и вялостью. Возбуждение стереотипно, бесцельно, проходит по типу двигательного разряда (Bewegungsdrang); медленность и вялость напоминают кататоническую скованность (медленно едят, застывают в одной позе, медленно одеваются и т. д.).

К ранним симптомам относится также колебание между автоматической подчиняемостью и негативизмом (от безотказного послушания неожиданно переходят к резкому непреодолимому упрямству). Сравнительно позже обнаруживаются характерные для схи-зоида элементы психэстетической пропорции настроения, а также интеллектуальные особенности (наклонность к абстрактному, формальному мышлению). Аутизм схизоида, являющийся реакцией на недостаточное приспособление к окружающей социальной среде, обычно развивается значительно позднее, чем ранее перечисленные симптомы (моторика, психэстетическая пропорция и т. д.), преддошкольном), в то время как аутистическая установка — чаще в школьном возрасте.

Повторяем, что изучение динамики схизоидной психопатии находится в самом начале, а потому с известной осторожностью следует пока говорить о первичных симптомах этой формы психопатий.

При воспитании схизоидов необходимо учитывать как их биологическую недостаточность, так одновременно и особенности социальной установки в связи с этой недостаточностью.

В частности из-за оторванности от окружающего, практической неприспособленности схизоиды нуждаются во включении их в повседневную работу, что достигается постепенным усложнением форм самообслуживания с поручением в дальнейшем и более ответственной работы, связанной с обслуживанием детколлектива. Особое внимание должно быть обращено на коррекцию моторики. У нас в клинике это достигается как путем специальных музыкально-двигательных занятий, так и путем систематических упражнений отдельных моторных навыков в школьной работе и во время внешкольных занятий. Очень важно на первых же порах соприкосновения ребенка с детколлективом укрепить его авторитет, указав детям на положительные стороны его личности. При отсутствии этого ребенок часто из-за своих нелепых выходов, рассеянности становится мишенью для острот, шуток сверстников, что способствует еще большему отгораживанию его от коллектива. Крайне важно не перебрасывать схизоидов из школы в школу, из группы в группу, так как новое приживание для них всегда болезненно. Схизоиды с резко выраженными патологическими чертами нуждаются в длительном перевоспитании в условиях специального учреждения типа школы-санатории.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з. При распознавании схизоидной психопатии наиболее трудно отличить ее от простой формы шизофрении. В отдельных случаях диагноз может быть поставлен лишь после длительного наблюдения, которое не устанавливает изменения, распада, деградации личности, как это свойственно шизофрении. В других случаях отличительными признаками от шизофрении могут служить: 1) наличие основных схизоидных

черт уже в раннем детстве, отсутствие в анамнезе указаний на время начала заболевания, на происшедшие сдвиги в психике, 2) отсутствие снижения интеллекта, 3) большая по сравнению с шизофренией продуктивность схизоида в школьной учебе и работе, 4) известное улучшение состояния при соответствующих лечебно-педагогических мероприятиях.

Известная трудность встречается также при распознавании схизоида от нормального ребенка в так называемые критические периоды детства: конец дошкольного возраста, период полового созревания. Если первый период помимо своеобразных психических особенностей (упрямство, доходящее до негативизма, чрезмерная подвижность или вялость, манерничание, импульсивные вспышки и т.д.) чаще сопровождаются невротическими проявлениями (тики, заикание, нарушение сна, аппетита), то в периоде полового созревания на первый план несколько резче выступают схизоидные особенности. В тех случаях, когда эти особенности впервые проявляются лишь в период полового созревания, то дифференцировать приходится от шизофрении, а не от схизоидной психопатии, при которой эти особенности выявляются в раннем детстве. Если же в период полового созревания происходит обострение черт у схизоидного психопата, то может возникнуть вопрос о начале шизофренического процесса, об отличиях которого от психопатии мы уже говорили выше.

При дифференциальном диагнозе схизоидной психопатии необходимо также иметь в виду, что отдельные схизоидные симптомы могут возникнуть в результате эпидемического энцефалита или других мозговых заболеваний. Особенно затруднительна диагностика в тех случаях, когда ребенок перенес мозговое заболевание в раннем детстве. В таких случаях в правильной постановке диагноза известную помощь оказывают: 1) тщательно собранный анамнез, в котором можно найти указания на бывшее мозговое заболевание, 2) наблюдающиеся иногда снижение, задержка интеллектуального развития, 3) наличие неврологических симптомов, 4) наличие наряду с схизоидными чертами и других психических особенностей, от них отличных.

Наконец, приходится отличать схизоидную психопатию от сдвигов, заострения черт характера (в виде схизоидного симптомокомплекса), образовавшихся под влиянием неблагоприятных социально-бытовых условий. Чаще всего в таких случаях причиной является беспризорность, безнадзорность ребенка, с раннего детства лишенного заботливого ухода, предоставленного самому себе, терпящего невзгоды и лишения, привыкшего в окружающих лицах видеть лишь врагов, от которых необходимо затаивать, прятать свои переживания.¹ В таких случаях нетрудно бывает подметить замкнутость, уход в себя, настороженность, эмоциональную притупленность, трудно преодолимое упрямство, своеобразное резонерство, раздражительность, вплоть до резких аффективных вспышек, иногда кривляние, манерничание, дурашливость. Отличительными признаками от схизоидной психопатии служат: 1) чаще наблюдаемое в

¹ Правда, чаще приходится отмечать, что улица скорее «эпилептоидизирует», чем «схизоидизирует» ребят.

таких случаях конкретное мышление без склонности к болезненному мудрствованию, 2) избирательная отгороженность, отчужденность (плохо или совсем не контактируют со взрослыми, хорошо налаженный контакт с сверстниками), 3) отсутствие повышенной внушаемости, 4) отсутствие склонности к навязчивым состояниям, 5) хорошая продуктивность, приспособляемость, гибкая психика при жизни на улице, 6) хорошо развитая моторика, 7) при наличии анамнеза — указания на постепенное нарастание «схизоидных» черт, 8) исчезновение схизоидного симптомокомплекса при лечебно-педагогической коррекции.

Циклоиды. Психопатические состояния, характеризующиеся более или менее длительным расстройством настроения и по своей симптоматологии приближающиеся к маниакально-депрессивному психозу (циклофрении), называются циклоидными психопатиями. Крепелин, отмечая подобные состояния у родственников больных маниакально-депрессивным психозом, у которых дело не доходит до настоящего заболевания, выделяет у них 4 вида предрасположений: маниакальное, депрессивное, раздражительное и циклотимическое. У детей, предрасположенных к депрессии (конституциональная депрессия по Крепелину), подавленное настроение часто характеризуется апатичностью, вялостью, жалобами на скуку, плохое настроение, нежелание чем-нибудь заняться. Эти дети обыкновенно послушны; лишь иногда отмечается у них наклонность к плаксивости, раздражительности, капризам; придирки по пустякам, вспыльчивость по ничтожному поводу, ворчливый, раздраженный тон. Говоря образно, настроение этих детей можно сравнить с тем, какое бывает в ненастный осенний день, когда тоскливо, безрадостно, тускло, однотонно окружающее. Если в такой обстановке и происходит что-нибудь светлое, приятное, радостное, то оно лишь ненадолго, приподнимая настроение, заставляет забывать о серых, тусклых тонах, после чего настроение снова падает.

Сравнительно часто к подавленному настроению присоединяются жалобы на соматические расстройства: усталость, тошноту, головные боли, бессонницу, тревожный сон, плохой аппетит и т. д. Несмотря на соматические жалобы и пониженное настроение, эти дети отличаются хорошей работоспособностью, которая лишь иногда, при обострении состояния, несколько снижается или падает, причем в таких случаях они сами просят уложить их в постель. Настоящего аффекта тоски и тем более бредовых высказываний, как это бывает при маниакально-депрессивном психозе, не отмечается.

Депрессивные дети обыкновенно избегают шумных подвижных игр, предпочитая им спокойные занятия, тихую нераздражающую обстановку. Несколько уединяясь таким образом от коллектива, они все же не замыкаются в себя, так как и с товарищами и с взрослыми у них легко налаживается контакт: они откровенны, доступны, не прячут вглубь своих переживаний.

В отдельных случаях (обыкновенно в пубертатный период, при резком стечении неблагоприятных социально-бытовых факторов) отмечаются попытки на самоубийство.

Описанная конституциональная депрессия у детей в таком чистом виде встречается сравнительно редко. Это также отмечает и

на своем большом клиническом материале Сухарева, которая ищет объяснение этому в том, что: 1) подобные дети нечасто попадают в клинику, так как они не представляют больших трудностей при перевоспитании в семье и школе, и, 2) с другой стороны, они не распознаются, так как картина депрессии затушевывается у них физиологическим для ребенка состоянием возбуждения.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з. При распознавании наибольшие трудности встречаются при отграничении этой формы от нервности (Nervosität). Отличиями служат: 1) отсутствие беспокойства в грудном возрасте; о детях с явлениями Nervosität матери обыкновенно говорят, что они уже в грудном возрасте были беспокойными, крикливыми, «блажными»; 2) крайне редко наблюдаемый отказ от груди, что более свойственно детям-невротикам (Иогихес); 3) часто встречающееся при Nervosität двигательное возбуждение с оттенком повышенной раздражительности; 4) более частые при Nervosität колебания настроения в зависимости от внешних факторов; 5) устойчивое внимание в противовес легкой отвлекаемости и истощаемости внимания при Nervosität; 6) обилие при Nervosität соматических вегетативных симптомов, их более или менее устойчивый характер; 7) сравнительно редкие при Nervosität указания на заболевания родственников маниакально-депрессивным психозом или на принадлежность их к циклоидному кругу психопатий.

От маниакально-депрессивного психоза конституциональная депрессия отличается: 1) отсутствием отдельных приступов болезни, так как при ней имеется более или менее постоянно выраженный депрессивный фон; 2) отсутствием выраженного аффекта тоски и бредовых высказываний; 3) отсутствием резкого замедления течения мыслительных процессов; 4) отсутствием резкой заторможенности; 5) наличием сравнительно хорошей работоспособности.

От расстройств настроения эпилептоидных психопатов отличия крайне просты, так как весь склад психики при конституциональной депрессии служит достаточно хорошим опознавательным признаком.

От реактивной депрессии, которая в известной степени представляет собой как бы заострение конституциональных черт ребенка в связи с неблагоприятными социально-бытовыми факторами, отличить конституциональную депрессию не всегда легко. Все же отличительными признаками являются: 1) связь реактивной депрессии с внешними моментами, при устранении которых сглаживаются депрессивные напластования, 2) наличие при реактивной депрессии указаний в анамнезе на время начала заболевания, 3) сравнительно более мягкое течение конституциональной депрессии, 4) более частые указания при конституциональной депрессии на наследственное предрасположение (маниакально-депрессивный психоз, циклоидные психопатии).

Циклоидные психопаты с чертами *гипоманиакальности* (маниакальное предрасположение или конституционально-возбудимые по Крепелину) характеризуются возбужденно-веселым настроением, которое иногда по незначительному поводу переходит в раздражительное и плаксивое. (Плаксивость чаще наблюдается у дошколь-

ников и в первые годы школьного обучения.) Они доступны, открытвенны, доверчивы, общительны, легко сходятся с людьми. При их в столкновение с окружающими, препятствующими осуществлению их планов, желаний. Их вспышки раздражения не отличаются большой стойкостью и продолжительностью; они незлопамятны и, успокоившись, легко забывают обиду.¹

Свойственные гипоманиакальным хороший биотонус, большая уверенность в себе сопровождаются иногда повышенной самооценкой. В таких случаях дети несколько заносчивы, хвастливы, иногда грубы; при плохом воспитании склонны мучить животных, издеваться над слабыми и т. д. Повышенный биотонус обуславливает быстрый темп желаний, жажду удовольствий, а также склонность к смене впечатлений. У беспризорных, безнадзорных детей, у которых воспитание в свое время не выработало способности к торможению, задержкам, эта упорная склонность к удовольствиям часто служит большой помехой при перевоспитании.

Что касается двигательного возбуждения гипоманиакальных, то оно находит себе выход в постоянном стремлении к деятельности (*Beschäftigungsdrang*). При этом они нередко бывают мало продуктивным, работают порывами, и их стремление к перемене занятий часто приводит к тому, что они оставляют работу неоконченной. Сравнительно часто их возбуждение проявляется в суетливости, беготне, крике, драках, приставании к товарищам, что ведет к частым срывам режима; в связи с этим они расцениваются педагогами и родителями, как распущенные, недисциплинированные. Несмотря на хороший интеллект, они сравнительно нередко отстают в школьных навыках, так как не могут надолго сосредоточиться, быстро истощаются в работе, отвлекаются сами и отвлекают товарищей. Таким образом, не только сами выпадают из занятий, но и дезорганизуют класс. Легко схватывая и усваивая задание, они также быстро его и забывают, в силу чего нередко очень плохо помнят пройденное. В целом ряде случаев они обнаруживают хорошую наблюдательность, быстро, легко ориентируются в новой обстановке, выявляя большую подвижность и гибкость интеллектуальных процессов. Мышление их конкретно, практически жизненно (без болезненного мудрствования), скорее поверхностное; на нем сказывается большое влияние эмоций. Про их интеллект можно сказать, что он вставлен в очень хорошую оправу, в силу чего при меньшей глубине мышления они производят внешнее впечатление более одаренных, чем, например, шизоиды. Этому впечатлению также способствует хорошо развитая моторика: движения их проворны, ловки, уверены, отчетливы, плавны, подчас грациозны. (Ручная умелость у них хуже,

¹ Если образно говорить об аффектах, то у шизоида аффективная вспышка — это «гром среди ясного неба», так как часто не удается уловить повод для подобного аффективного разряда; у циклоида — это гроза с проливным дождем (плачем), после которой разряжается атмосфера, наступает полное умиротворение; у эпилептоида — это тоже гроза, сопровождающаяся большими разрушениями, но обыкновенно не заканчивающаяся, как у циклоида, ясной погодой (солнечным настроением), а переходящая в ненастье, когда еще продолжается мелкий, тягучий, однотонный дождь (долго ворчит, вспоминая о прошлых обидах).

чем у схизоидов.) У них живая мимика, соответствующая переживаниям, закругленная естественная жестикация, хорошо модулированная речь. Походка мягкая, эластичная; общий вид, осанка подобранная. Возможно, на что указывает и Сухарева, «что это отсутствие связанности и принужденности в движениях до некоторой степени влияет на характер их социальной установки, делает их более свободными в отношении с окружающими».

Если в картине конституциональной депрессии подметить большое различие между полами не совсем легко, то в картине гипоманиакального состояния различия между девочками и мальчиками выступают несколько рельефнее. Отличаясь от мальчиков несколько меньшей психомоторной возбудимостью, девочки являются менее активными; шалости и проказы их не носят того злого характера, как это бывает у мальчиков. В отдельных случаях (чаще у беспризорных девочек) отмечается склонность к бравade, к подражанию мальчикам (своеобразное *garçon'ерство*), склонность к грубым шуткам, хулиганским выходкам. По сравнению с мальчиками настроение девочек чаще зависит от внешних факторов, более лабильно (неустойчиво), нередко на фоне этого настроения выявляются капризность, раздражительность. У них нередко можно также отметить некоторую эротичность, склонность к кокетству, нарядам. Наиболее рельефно выявляется их неустойчивость (*Haltlosigkeit*), что сказывается, помимо лабильности настроения, в быстрой смене желаний, нестойкости их интересов, легкомыслии и т. д. Несмотря на хороший жизненный тонус, у них очень часто не хватает способности к напряжению, выдержке в работе. В двигательном отношении особенно больших различий между полами не отмечается.

Для коррекции психомоторной возбудимости рекомендуется выбор задания с таким расчетом, чтобы гипоманиакальный ребенок мог в нем разрядить свою двигательную энергию. Старые педагоги, подмечая особенности подобных «детей-живчиков», вызывали их стирать с доски, давали какое-нибудь другое поручение, чтобы ребенок, выполняя его, мог двигаться по классу, не нарушая дисциплины. Неустойчивость внимания исправляется постепенным усложнением задания. В классе циклоид должен сидеть на первой скамейке с тем, чтобы педагогу было легче наблюдать за ним и при отвлечении его внимания во-время предложенным вопросом вернуть его к занятиям. В детском коллективе циклоиды скоро выдвигаются и выбираются детьми на ответственные должности, с которыми они обыкновенно не справляются, так как этому мешает их склонность к очередным увлечениям, пристрастность, снисходительность к промахам товарищей. В результате довольно быстро из организатора циклоид превращается в дезорганизатора. «Этого можно было бы избежать, не допустив с самого начала выдвижения циклоида на ответственные посты, но это было бы неправильным, так как таким путем не была бы разоблачена его несостоятельность самим детским коллективом, а при его популярности это было бы истолковано, как «зажим» со стороны старших и еще больше повысило бы и его самооценку и симпатии детей. Поэтому нужно сначала предоставить ему возможность выдвинуться и вмешаться лишь тогда, когда нач-

нется его падение». (Юзевич.) При этом «падении» крайне важно не пропустить момент активного вмешательства со стороны педагога, чтобы воспрепятствовать влиянию на ребенка более трудных товарищей, так как, «разочаровавшись в своих благих социальных намерениях, он неизбежно попадает в компанию антисоциально настроенных».

При нерезко заостренных чертах коррекция гипоманиакального ребенка осуществляется в массовой школе (особые классы), при резко выявленных — в школе-санатории.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з. Наиболее трудно отграничить гипоманиакальных циклоидов от нормальных вариантов (жизнерадостные, добродушные, с повышенной активностью), так как в детском возрасте слабость задержки является физиологической. С этими трудностями при дифференциальном диагнозе нередко приходится встречаться у беспризорных, безнадзорных ребят, не приученных с детства к торможению, с своеобразным «отсутствием аппетита к работе» (*dégoût du travail*) или «боязнью работы» (*Arbeitsscheu*), с повышенной активностью, которая часто является результатом ранней самостоятельной жизни, с склонностью к легкой смене впечатлений, повышенной жаждой удовольствий и развлечений. Нередко диагноз может быть поставлен только после длительного наблюдения, устанавливающего известную стойкость психических особенностей гипоманиакальных циклоидов. По сравнению с циклоидами у нормальных вариантов (если речь не идет о длительной беспризорности), лечебно-педагогическая коррекция более эффективна и достигается в менее продолжительный срок. Хорошим подспорьем при диагнозе служат также указания в анамнезе на маниакально-депрессивный психоз или циклоидную психопатию у родственников; в таких случаях больше данных отнести встретившиеся особенности психики к циклоидной психопатии. Если исключить беспризорных, безнадзорных ребят, то повышенная психомоторная возбудимость, поверхностность, неустойчивость психики, задержавшиеся после 10 лет, скорее будут говорить за психопатические особенности (Гомбургер).

Не меньшие трудности встречаются при отличии циклоидной психопатии от маниакально-депрессивного психоза, так как черты гипоманиакальности встречаются иногда до вспышки настоящего психоза (препсихотическая личность). Поэтому при указании в анамнезе на значительное отягощение родственников маниакально-депрессивным психозом и наличие резкой гипоманиакальности у испытуемого диагноз циклоидной психопатии всегда должен ставиться с большой осторожностью.

От нервности (*Nervosität*), с которой гипоманиакальных циклоидов до некоторой степени роднит повышенная отвлекаемость внимания, неравномерная работоспособность, провести дифференциально-диагностические отличия не трудно. Отвлекаемость и неравномерная работа циклоида зависят от его психомоторной возбудимости, от облегченного ассоциативного процесса; при *Nervosität* — от утомляемости, быстрой истощаемости. Отсутствие повышенной впечатлительности, хороший биотонус, отсутствие резко выраженных расстройств вегетативной нервной системы, отсутствие склонностей к

страхам у гипоманиакальных циклоидов — достаточные опознавательные признаки для отличия от Nervosität.

Циклоиды с выраженными *самопроизвольными* (аутохтонными) *колебаниями настроения* (циклотимическое предрасположение по Крепелину) уже в раннем детстве обнаруживают эти особенности аффективной жизни. Настроение их колеблется от подавленного, вялого до веселого, возбужденного (*диаметрическая пропорция* или *пропорция настроения* Кречмера). Длительность этих колебаний весьма различна: от одного дня до нескольких недель. Переход к обычному состоянию, нередко и начало той или иной фазы (депрессии, гипоманиакальности) в значительном проценте случаев совершаются незаметно, постепенно. От обычных смен настроения, свойственных нормальной психике, циклотимия отличается меньшей зависимостью от внешних факторов (эндогенные колебания настроения), большей продолжительностью, более рельефно выраженными симптомами депрессии или гипоманиакальности.

Фаза гипоманиакального состояния улавливается окружающими сравнительно чаще, чем депрессивная. Последняя (бывает к тому же нередко и менее продолжительной — Сухарева) находит себе объяснение в соматическом нездоровьи ребенка, в его неудачах в связи с какими-нибудь внешними обстоятельствами. В отдельных случаях окружающими просматривается и гипоманиакальная фаза, особенно, когда она внешне выявляется в шалостях, драках, срыве дисциплины и т. п.

В периоды, свободные от колебаний настроения (обычные состояния), у детей все же отмечаются некоторые особенности психики: иногда это несколько приподнятое настроение, повышенная психомоторная возбудимость; в других случаях — печально-спокойное, вяло-апатичное настроение, в третьих — большая эмоциональная подвижность, лабильность (неустойчивость) аффектов и т. д. С течением времени циклические колебания настроения становятся более редкими, менее продолжительными; в других случаях (особенно в пубертатный период и при этом у девочек несколько в большем проценте случаев) смены настроения учащаются, отличаются большей продолжительностью, более рельефно выступают симптомы нарушения аффективной жизни.

Циклоиды с так называемым *раздражительным* предрасположением (Крепелин) не являются чистой формой конституциональной психопатии. Обыкновенно в таких случаях речь идет о смешанных состояниях, так как помимо циклоидной психопатии раздражительность, как симптом, встречается в период послеинфекционной слабости, при эпилептоидной психопатии, при неврастении, истерии и целом ряде других невротических состояний. В силу этого многие авторы, с чем также согласны и мы, отрицают существование при нормальном интеллекте раздражительной формы, как особого вида психопатической конституции.

Суммируя все здесь сказанное о различных подгруппах циклоидов (депрессивные, гипоманиакальные, циклотимики), можно выделить общие, свойственные циклоидной психопатии черты: 1) *единство и цельность эмоциональных реакций*, 2) *общительность, контактность, созвучность (синтонность) с окружающими*, 3) по-

движность и гибкость интеллектуальных процессов, 4) хорошо развитую общую моторику и несколько недостаточную ручную умелость, 5) диатетическую пропорцию настроения, 6) более часто встречающееся у них пикническое телосложение. ¹

Эпилептоиды. Об этой форме психопатии Крепелин говорит более осторожно, чем о двух предыдущих: «Нельзя отрицать, что мы имеем психопатические личности, особенности которых заставляют думать об их близком отношении к эпилептическому вырождению: 1) некоторые раздражительные, мелочные педанты и 2) ограниченный опыт должен показать, насколько правильно в таких случаях говорить об «эпилептоидных» психопатах». Ганнушкин для эпилептоидной психопатии считает характерным: 1) крайнюю раздражительность, доходящую до приступов неудержимой ярости, 2) приступы расстройства настроения (с характером тоски, страха, гнева), развивающиеся или самопроизвольно, без всякого внешнего повода, или в связи с внешними причинами, 3) моральные дефекты (выражение автора). Эпилептоидов Ганнушкин сближает с возбудимыми и импульсивными психопатами.

Некоторые авторы (Шнейдер, Кан и др.) совершенно отрицают существование эпилептоидной психопатии. В нашей клинической практике мы суживаем круг эпилептоидной психопатии, понимая под последней лишь особую конституцию, биологически и генетически связанную с эпилепсией (эпилептоиды в узком смысле слова). В силу этого мы выделяем из эпилептоидного круга эксплозивно-раздражительных, а также те реактивные состояния, которые развились под влиянием внешних моментов, так как ни первые, ни вторые не имеют никакого отношения к группе эпилепсии. ²

Эпилептоиды (в тесном смысле этого слова) могут быть разбиты на две подгруппы: динамичные (стеничные) и адинамичные (астеничные). Общим для обеих подгрупп являются сравнительно часто встречающиеся в анамнезе указания на бывшие в раннем детстве обыкновенно единичные, реже многократные (при этом в течение непродолжительного времени) судорожные припадки. Нередки также указания на упорные головные боли, обмороки, головокружения, длительное ночное недержание мочи. В ряде других случаев при расспросе о прошлом ни судорожных припадков, ни головокружений, ни других перечисленных здесь симптомов не отмечается. В наследственности у родственников этих больных отмечается эпилепсия (чаще по боковой линии), а также патологические характеры с чертами эпилептоидии (как по прямой, так и по боковой линиям). Сравнительно нередко встречаются также указания на наличие у родственников головных болей, головокружений, обмороков, ночного недержания мочи.

¹ Динамика циклоидной психопатии до настоящего времени не изучена. Все же, принимая во внимание повышенную реактивность детей, большую лабильность эмоционального тонуса, значительную внушаемость и пр., следует думать, что более или менее достоверный диагноз этой формы психопатии возможен не ранее начала школьного возраста. Этот возраст Виготский характеризует как возраст относительной устойчивости. В силу чего на этом фоне скорее выступают эндогенные смены настроения.

² Кренберг и Мауц также выделяют эксплозивно-раздражительных в особую группу, считая, что они биологически не связаны с эпилепсией.

Приступы расстройства настроения, выделяемые большинством авторов, как кардинальный симптом эпилептоидной психопатии, бывают как в зависимости от внешних факторов, так нередко и без всякого внешнего повода. Колебания настроения: от веселого, злобно-возбужденного до тоскливого, вяло-раздражительного. Длительность этих колебаний крайне невелика: от нескольких часов до 1—2—3 дней.

В дни колебания настроения (тоскливое настроение, «плохие» дни) динамичные эпилептоиды отличаются особо повышенной раздражительностью, по ничтожному поводу впадают в аффект ярости, гнева. При этом они становятся крайне агрессивными: наносят повреждения окружающим, кидаясь в них чем попало, или нападая в открытую, разрушают вещи, цинично ругаются, плюются, иногда царапают себе лицо, катаются по полу, рвут на себе волосы, ударяются головой об стену. Аффект купируется с большим трудом, успокаиваются крайне медленно, казалось, успокоившись, снова дают аффективную вспышку, «прилипают» к аффекту (липкая конденсированная аффективность — Миньковская). В таких состояниях вспоминают о ранее нанесенных им обидах, обвиняют в несправедливом к ним отношении, произносят (иногда приводят в исполнение, так как они мстительны) различные угрозы.

В «хорошие» дни веселого, возбужденного настроения они психомоторно подвижны, шумливы, крикливы, пристают, «задирают» товарищей, жестоко, злобно над ними подшучивают, вступают в конфликт, обыкновенно заканчивающийся дракой, избиением. В таком состоянии особенно остро реагируют на всякие запрещения, на препятствия к осуществлению их желаний, давая или аффективную вспышку, или вступая в длительные пререкания, заканчивающиеся грубой, циничной бранью, угрозами, хулиганскими выходками и т. д.

Вне этих колебаний, настроение обыкновенно возбужденное, с оттенком раздражительности, капризности. Резкие колебания настроения в дошкольные и первые годы школьного обучения встречаются сравнительно нечасто, в препубертатный и пубертатный периоды учащаются. С коллективом они контактируют, но это скорее внешний контакт, преследующий главным образом сохранение собственных интересов; контакт обыкновенно непрочный, часто нарушаемый аффективными вспышками, в силу чего в коллективе детей они нелюбимы. К окружающей обстановке они скорее приспособляются, чем действительно к ней приживаются, т. е. терпят эту обстановку до поры до времени, не пуская в нее глубоко корни. По настоящему они привязаны к ограниченному кругу лиц, с которыми чаще связаны родственными или материальными взаимоотношениями. Повышенно самолюбивые, честолюбивые, склонные к переоценке собственной личности, хвастливости они наряду с этим обнаруживают приниженность, склонность к самоуничижению, в котором часто проявляется то же тщеславие. Отсюда угодливость, льстивость к более сильным, деспотизм, жестокость к слабым. Над младшими часто издеваются, требуют от них беспрекословного подчинения, перед старшими хитрят, заискивают, угодничают, стараются казаться лучше, чем есть на самом деле. Нередко случается,

что подобная выдержанность, связанность в отношении старших прорывается в резкой аффективной вспышке, которая уничтожает с трудом завоеванное положение.

Нередко приспособление к окружающему затрудняется из-за тугоподвижности, вязкости мышления. Идя от звена к звену, не отличая существенного от деталей, epileптоиды склонны застревать на узком круге интересов и идей (лабиринтарное мышление), в силу чего они предпочитают работать по шаблону, по трафарету. Эта детализация мышления сказывается в их размеренности, аккуратности, педантичности, прилипчивости к вещам (любят и подолгу сохраняют ненужные вещи). Речь их часто монотонна, тягуча, с излишними подробностями, стереотипна. У epileптоидов сравнительно нередко можно отметить повышение влечений низшего органического порядка (например гастрические, сексуальные и т. д.). Раннее развитие сексуальности сказывается в онанизме, циничной направленности, иногда в попытке совершить половой акт. В отдельных случаях отмечается склонность причинять себе боль и одновременно терпеть ее от других (садистические и мазохистические тенденции). Свою сексуальность нередко скрывают за внешне пристойным поведением, напоминая в таких случаях «тихий омут, в котором черти водятся». При раскрытии совершенных ими анти-социальных поступков прячутся за спину других, всячески себя выгораживают, сваливая вину на товарищей, лгут, искусно притворяются, позируют. Нередко для этих поступков используют других, сами оставаясь в стороне, и лишь при удаче получая известную выгоду.

Моторика их не отличается достаточной плавностью, закругленностью движений, которые скорее порывисты, угловаты, медлительны, достаточно сильны. По телосложению среди динамичных epileптоидов чаще встречаются диспластики и атлетики (преимущественно широко-атлетический тип).

Наиболее яркое выявление эта форма динамической epileптоидии находит в своем подвиде в так называемой *аффект-эпилепсии*, описанной Братцом и Лейбушером. При аффект-эпилепсии на высоте аффективного раздражения наблюдаются судорожные припадки, по внешнему виду напоминающие epileптические. Отличием этих припадков от epileптических служит их зависимость от внешних причин (боль, страх, волнение, гнев и т. д.), отсутствие во время припадка упускания мочи и прикусывания языка. После этих припадков сравнительно редко наблюдается сон, нет той разбитости, угнетенности, растерянности, вялости, болезненного утомления, как это бывает после настоящих epileптических припадков. Нередко случается, что подобные судорожные припадки происходят несколько раз под ряд, что также мало свойственно epileпсии. Иногда вместо судорожного припадка на высоте аффекта отмечаются головокружения, обмороки или только приступы ярости, изредка сопровождаемые обманом чувств, сравнительно чаще — потерей сознания, забыванием (амнезией). Отсутствие у аффект-эпилептиков тенденции к слабоумию, реактивность их припадков, склонность припадков улучшаться и сокращаться в числе при отсутствии внешних раздражителей —

все это, вместе взятое, служит отличительными признаками при отграничении от эпилепсии.

Среди девочек динамическая эпилептоидия (в особенности ее подвид аффект-эпилепсия) встречается значительно реже, чем среди мальчиков. Отличия девочек от мальчиков сказываются в меньшей склонности к аффективным разрядам. У них чаще наблюдаются раздражительность, капризы, придирчивость, мелочность, повышенное тщеславие, хвастливость. Колебания их настроения больше связаны с внешними моментами; менее длительны, чем у мальчиков. У них более рельефно выступают педантичность, аккуратность, размеренность, скупость. Чаще действуют исподтишка, реже в открытую. Повышенная сексуальность находит себе выход в онанизме, в развращении малолетних; внутренняя циничность нередко прячется за внешне благопристойными формами поведения. Моторика их более закруглена, сглажена; в движениях меньше угловатости, медлительности. По телосложению среди них встречаются чаще диспластики и атлетики (нередко мягко-атлетический тип).

На ряду с динамичными, стеничными эпилептоидами встречаются также эпилептоиды астеничные, адинамичные. У них приступы расстройства настроения протекают в более смягченном, сглаженном виде: в «плохие» дни они становятся более заторможенными, вялыми, угрюмыми, высказывают большое количество ипохондрических жалоб, в «хорошие» дни — бывают оживленными, болтливыми, но раздражительными, капризными, повышено обидчивыми. По сравнению с «плохими» днями «хорошие» встречаются у них реже. Длительность колебания настроения аналогична той, что и у динамичных эпилептоидов, но значительно чаще их колебание настроения зависит от внешних факторов. В периоды, свободные от колебаний, настроение их обыкновенно несколько подавленное: они вяловаты, слегка заторможены, несколько капризны, высказывают иногда ряд жалоб на плохое самочувствие, беспокойный сон, усталость и т. д. Как в периоды колебаний настроения, так и вне их, аффективный разряд адинамичных эпилептоидов не достигает такой силы и напряженности, как у динамичных. Нередко аффективная вспышка задерживается, подавляется и, не прорываясь наружу, приводит к внутренней борьбе. Отсюда возникает целый ряд невротических наслоений, в которых нередко на первый план выступают психастенические симптомы: навязчивые состояния, страхи, тревога, мнительность и т. д. Иногда эти невротические симптомы являются некоторым препятствием в приспособлении к окружающему, когда адинамичные эпилептоиды становятся недоверчивыми, подозрительными, мнительными, замыкаются, прячутся, уходят в себя. Все же значительно чаще они умеют приспособиться, высказывая при этом некоторую угодливость, слащавость, иногда ханжество. В подобных случаях они прилипчивы, способны льстить, унижаться, принося в жертву собственное самолюбие. При их кажущейся незлобивости, некоторой сентиментальности они бывают нередко жестокими, злопамятными, но их трусливость, неуверенность в своих силах, их постоянная боязнь, что противник может быть еще когда-нибудь для них полезен, редко заставляет их быть активными, выступать в открытую. В таких случаях они чаще прибегают к сплетне,

оговору, доносу, принимая все меры к тому, чтобы не быть обнаруженными.

В их поведении часто много показного, внешне благопристойного; они иногда настолько хорошо скрывают свои недостатки, настолько неискренни и лицемерны, что у окружающих создается о них превратное мнение, когда их считают за открытых, добродушных, отзывчивых, и впоследствии искренне удивляются, когда они совершают тот или иной антисоциальный поступок. На антисоциальный путь их толкают повышенные органические влечения (сексуальные, гастрические и др.) и в таких случаях при отсутствии правильного воспитательного подхода они совершают правонарушения в виде мелких краж, мошенничества, иногда бродяжничают, занимаются проституцией. Со стороны мышления у них отмечается такая же вязкость (*une viscosité mentale*), как и у динамичных эпилептоидов. В работе они обыкновенно исполнительны, тщательны, аккуратны, при этом крайне медлительны, сравнительно мало продуктивны, педантичны, пунктуальны, не любят новшеств, нововведений, предпочитая шаблон, трафарет. Моторика их более закруглена, чем у динамичных эпилептоидов, но все же и здесь отмечается некоторая заторможенность, топорность, порывистость движений. По телосложению среди них чаще встречаются диспластики, инфантильные астеники, а также атлетики (мягко-атлетический тип). Девочки отличаются от мальчиков лишь большим наличием невротических симптомов.

Очерченные здесь две подгруппы эпилептоидов (динамичные и адинамичные) являются двумя полюсами, между которыми располагаются относящиеся к этому кругу психопатические личности, у которых отдельные психические особенности приближаются то к одному, то к другому полюсу, составляя довольно пеструю, узорчатую картину. Все же в этой картине удастся выделить эпилептоидную основу: 1) вязкое, детализированное, лабиринтарное мышление, 2) колебания настроения от веселого, злобно-возбужденного до тоскливого, вяло-раздражительного, 3) повышенную аффективную раздражительность на одном полюсе и крайнюю сдержанность, связанность на другом, 4) чрезвычайное самолюбие, гордость — приниженность, 5) эгоцентризм, 6) моторная пропорция между замедленностью и эксплозивностью движений, 7) пропорция между жестокостью и сентиментальностью.

Что касается динамики эпилептоидной психопатии, то по нашим наблюдениям (данные анамнеза психопатов этого круга) первые симптомы, указывающие на биологическую неполноценность эпилептоидов, нередко обнаруживаются в грудном возрасте в виде расстройств вазомоторно-эндокринного аппарата: дети часто повышенно чувствительны к различным внешним раздражителям (свет, шум, громкий разговор, неприятные ощущения и т. п.), на которые дают крайне бурную реакцию в виде частых вздрагиваний, крика, плача, двигательного беспокойства. Нередко отмечаются также нарушения сна (ненормально чуткий сон, частые просыпания, бессонница), капризный избирательный аппетит. Эти симптомы обыкновенно просматриваются или диагностируются как нервность (*Nervosität*). Расстройства речи (в виде шепелявости, картавости, за-

икания), встречающиеся у части эпилептоидов, также относятся к ранним симптомам и также обыкновенно не связываются с эпилептоидной психопатией. Во всяком случае, до начала дошкольного возраста трудно подметить симптомы, характерные для этого вида психопатии. В дошкольном возрасте обращают на себя внимание жестокость, злобность, намечающееся прилипание к аффекту, недовольство, раздражительность; в ряде случаев — раннее обнаружение сексуальности, головной боли, иногда с характером мигрени, энурез. Более или менее выраженные приступы расстройства настроения становятся заметными лишь к концу дошкольного возраста, чаще же в первые годы школьного возраста. Особенности моторики эпилептоида в дошкольном возрасте часто еще весьма нехарактерны, недостатки ее скрываются за общей грацильностью, свойственной этому возрасту. Недостатки психомоторики более или менее рельефно выступают в первые школьные годы. В конце дошкольного возраста можно подметить симптомы медлительности, тугоподвижности мышления; чаще же они обнаруживаются в школьные годы. Диагноз эпилептоидной психопатии в раннем детском возрасте более затруднителен, чем шизоидный, и с известной степенью достоверности может быть поставлен лишь после дошкольного кризиса в развитии ребенка, т. е. в первые годы школьного обучения.

Коррекцию эпилептоидов лучше всего начинать с работы в мастерских (охотнее работают, чем учатся), где их легче приучить к выполнению задания, четкости, дисциплинированности. При переключении на учебу следует преподносить им материал в конкретной форме, оказывая помощь при отставании так, чтобы она была заметна им, но неощутима для их товарищей, насмешки которых резко бьют по их самолюбию. В «плохие» для них дни не следует добиваться во что бы то ни стало выполнения заданий. При выборе на ответственные должности рекомендуется отводить их от тех, где трудно осуществить надзор педагога, так как нередко при неисполнении их требований они расправляются с сверстниками силой.

В условиях массовой школы эпилептоиды редко уживаются; обыкновенно перевоспитываются в классах для трудных или в школе-санатории.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з. При диагнозе эпилептоидной психопатии встречаются затруднения при отграничении ее от эпилепсии. Эти затруднения особенно часто возникают в дошкольном возрасте, когда приходится думать о том, не являются ли эпилептоидные черты особенностями препсихотической личности. Эти затруднения при диагнозе ярко подчеркнуты Блейлером, который говорит, что «эпилептики обычно бывают психопатами еще до того, как болезнь налагает на них своеобразную печать». В силу этого в целом ряде случаев (в особенности при наличии в анамнезе указаний на ранее бывшие судорожные припадки) с диагнозом эпилептоидной психопатии следует быть осторожным и только после длительного наблюдения, устанавливающего отсутствие у больного тенденции к слабоумию, накладывать эту диагностику.

Известные затруднения встречаются также при отграничении типичных эпилептоидов от explosивно-раздражительных (взрывчатых) психопатов. Отличием может служить: 1) наличие при эпи-

лептоидной психопатии у родственников выраженных эпилептических припадков, их эквивалентов, тяжелых патологических характеров, 2) наличие у эпилептоидных психопатов (в некоторых случаях) судорожных припадков в раннем детстве, а также обмороков, головокружений, головных болей, что несвойственно эксплозивным, 3) отсутствие у эксплозивных психопатов эндогенных колебаний настроения, 4) большой контакт эксплозивных с окружающими, отсутствие у них злопамятности, мстительности, аффективной прилипчивости, 5) отсутствие у эксплозивных вязкости мышления, 6) отсутствие в моторике эксплозивных замедленности, заторможенности движений.

Крайне важно научиться различить эпилептоидную психопатию от заострения черт характера в связи с неблагоприятными социально-бытовыми факторами, т. е. от так называемой «эпилептоидизации» личности. Чаще всего подобную «эпилептоидизацию» приходится встречать у беспризорных, безнадзорных детей, которые рано сталкиваются с жизненными невзгодами и неприятностями и, находясь вне влияния семьи и школы, приобретают отрицательную уличную направленность. У таких детей нередко отмечается озлобленность, ожесточенность, грубость, цинизм, лживость, резко выраженный эгоизм, эмоциональная уплощенность. Привычка к полной свободе, жажда к смене впечатлений, не требующих усилия для восприятия и усвоения, жажда удовольствий, не сдерживаемые никакими тормозами низшие органические влечения — все это вместе взятое делает на первых порах воспитательную работу с ними крайне трудной, в особенности, когда их приходится приучать к трудовым процессам. Довольно часто в таких случаях из-за отсутствия выдержки они легко взрываются, переходя при первой же неудаче в работе к разрушительным действиям. Нередко и алкоголь — этот частый спутник беспризорности — бывает также повинен в повышенной возбудимости несовершеннолетних. Бьющая через край энергия, не имеющая оттока, нередко находит себе применение в хулиганских выходках, шуме, буйстве, драках, крике и т. п.

При помещении таких детей в организованную детскую среду (например, детский дом) у них на первых порах пребывания наблюдается иногда то более длительные, то короткие расстройства настроения, сопровождающиеся повышенной гневливостью, раздражительностью, иногда с оттенком тоски, страха. Эти расстройства настроения обыкновенно являются или реакцией на помещение в детский дом, или связаны с каким-либо внешним раздражителем и не бывают эндогенны. Подобные расстройства настроения, при которых, хотя иногда и высказываются мысли о самоубийстве, чаще кончаются бурным аффективным разрядом, во время которого разрушают вещи, бьются, катаются по полу, расцарапывают себе тело, рвут волосы, нередко также нападают и избивают окружающих.¹

При недлительном наблюдении, при недостаточном знакомстве с анамнезом подобных детей или же при невнимательном, поверх-

¹ Некоторые авторы подобное напластование отрицательных черт в характере обозначают терминами «ложная психопатия» или «социопатия». Мы считаем эти термины неудачными, а потому взамен их (чтобы рельефнее подчеркнуть близость этих детей к норме, а не к психической аномалии), мы употребляем термин «трудный вариант нормы».

ностном, трафаретном подходе к ним совокупность описанных психических особенностей дает повод к неправильной диагностике эпилептоидной психопатии. Отличия следующие: 1) отсутствие в анамнезе судорожных припадков, в наследственности эпилептического отягощения, 2) отсутствие вязкости мышления, аффективной прилипчивости, 3) отсутствие эндогенных колебаний настроения, 4) более выдержанный спокойный тон с сверстниками-беспризорными, безнадзорными, 5) хорошо развитая моторика, 6) побледнение и исчезновение этих психических особенностей при правильном лечебно-воспитательном подходе.

Иногда уличная жизнь в связи с беспризорностью - безнадзорностью приводит не к динамичной, а к «адинамичной эпилептоидизации» личности. Забитые, запуганные, приниженные сверстниками, физически слабосильные, к тому же нередко интеллектуально ограниченные, дети и подростки подслуживаются, заискивают, подхалимствуют у более сильных товарищей. По отношению ко взрослым они проявляют предупредительность, угодливость, некоторую слащавость, прилипчивость. Часто прибегают ко лжи, обману, притворству. Они завистливы, хвастливы, трусливы, действуют исподтишка, прибегая иногда к доносу. Нередко они раздражительно-капризны, впадают в подавленное настроение по ничтожному поводу, высказывая при этом большое количество ипохондрических жалоб. Отличия от адинамичной эпилептоидии в основном (за исключением четвертого пункта) базируются на совокупности тех же признаков, что и для «адинамичной эпилептоидизации» личности.

В ряде случаев адинамичную эпилептоидию приходится дифференцировать с нервностью (*Nervosität*). Обыкновенно это бывает тогда, когда речь идет о детях, пользующихся большим вниманием в семье, но часто неправильно воспитываемых (нередко единственные дети). Отличия следующие: 1) при нервности (*Nervosität*) отсутствуют в анамнезе указания на бывшие судорожные припадки и наследственное эпилептическое отягощение; 2) при *Nervosität* легкая отвлекаемость, истощаемость внимания, повышенная утомляемость; 3) повышенная психомоторная возбудимость в отличие от подавленного, заторможенного состояния при эпилептоидии; 4) отсутствие вязкости мышления, аффективной прилипчивости; 5) отсутствие аутохтонных колебаний настроения, 6) большое количество вегетативных расстройств; 7) при *Nervosität* критическое отношение к своим навязчивым состояниям и страхам; 8) резко выраженное чувство собственной неполноценности.

Сравнительно нечасто приходится проводить дифференциальный диагноз между адинамичной эпилептоидией и психастенией, несмотря на то, что последняя, по словам Жане, «есть ослабленная и хроническая эпилепсия». Отличия от адинамичной эпилептоидной психопатии те же, что были только что указаны при отграничении от нервности (*Nervosität*), за исключением сравнительно нечасто встречающейся при психастении, повышенной моторной возбудимости. Известным отличием также может служить критическое отношение психастеника к своим страхам, навязчивым состояниям, что у эпилептоидным колебанием настроения.

Ограниченные задержки развития¹.

Истероиды. Если большинство клиницистов высказывается за существование известной биологической и генетической связи схи-зоидной, циклоидной и эпилептоидной психопатий с соответствующими болезнями, то в отношении истероидных психопатов целым рядом авторов не только не разделяется взгляд на существование подобной связи с истерией (сама истерия рассматривается как реакция), но высказывается мнение о необходимости устранения термина «истерический» из учения о психопатиях. Так например, К. Шнейдер, сохраняя термин «истерический» лишь для психически возникающих соматических расстройств и различных психических реакций, присваивает (вслед за Ашаффенбургом) группе психопатов, по своей симптоматике близко стоящей к истероидам, название «требующие признания психопаты» (Geltungsbedürftige Psychopathen). В противоположность К. Шнейдеру другие авторы (Бумке, Гомбургер, Кан, Клейст, Ганнушкин, Гуревич и др.) считают необходимым в учении о психопатиях сохранение термина «истерический». Мы группу истероидных психопатов относим к тем психопатиям, которые по Крепелину являются ограниченными задержками развития личности, выделяя ее тем самым из конституционных психопатий.

Ганнушкин главными особенностями психики истероидов считает: «1) стремление во что бы то ни стало обратить на себя внимание окружающих и 2) отсутствие объективной правды как по отношению к другим, так и самому себе (искажение реальных соотношений)». Ясперс формулирует эти особенности психики, «как стремление казаться больше, чем есть на самом деле». Стремление обратить на себя внимание, не быть похожим на всех, чем-нибудь выделиться от окружающих — можно подметить уже в раннем детстве. Это стремление нередко толкает истероидов на путь эксцентричности (выход из центра общепринятого) в костюме, манере себя держать (позерство, театральность, ходульность, манерничанье, рисовка), в своеобразных вкусах и привычках (например, есть то, что у других вызывает отвращение) и т. д. Во всех поступках часто сквозит желание быть оригинальным с расчетом на внешний эффект, на зрителя. В более старшем возрасте они стремятся быть «законодателями моды», застрельщиками, зачинщиками всего нового. Нередко, копируя поведение взрослых, пускаясь в несвойственные их возрасту рассуждения, они обнаруживают вместе с тем своеобразную инфантильность (детскость) психики (т. е. в их развитии возникают черты, свойственные их возрасту, но целиком не отмирают черты предшествующего возраста). Например, у школьника на ряду с суждениями и интересами его возраста сохраняются интересы дошкольника и т. д. (девочки-подростки играют в куклы).

¹ Сохраняя в подзаголовке к этому разделу терминологию Крепелина «Ограниченные задержки развития», мы еще раз напоминаем, что в зависимости от степени нарушения хода развития личности и темпа последующего выравнивания патологических симптомов мы говорим о задержке, замедлении, остановке в развитии. У истероидов, астенических психопатов, дистонных, реактивно-лабильных, эксплозивных мы обыкновенно встречаемся с остановкой, замедлением развития.

В интеллектуальном отношении они часто находятся в пределах невысокой нормы, но сравнительная бедность их интеллекта скрывается за своеобразной зрелостью и умением разбираться в житейских вопросах, за их повышенной болтливостью, несистематически нахватавшими знаниями, за их богато эмоционально окрашенными суждениями. При более близком знакомстве с ними нетрудно подметить, что ассоциации их поверхностны, мышление конкретно, кругозор ограничен, критика своих поступков ослаблена. В ответах, доступных их пониманию, — остроумны, предупредительны, эмоционально оживлены; при затруднительных для их интеллектуального развития вопросах становятся капризными, раздражительными, грубыми, упрямыми.

За всякую работу берутся с большим подъемом, но быстро к ней охладевают и, остыв, возвращаются лишь после настойчивых требований, но все же и в таких случаях не всегда доводят работу до конца. В работе требуют постоянного поощрения, ищут похвалы, повышенной оценки. Неспособность к длительному напряжению в работе приводит к тому, что они постоянно меняют одно занятие на другое, всегда ссылаясь при невыполнении задания на «объективные причины», никогда не признаваясь в своей несостоятельности. При неудаче крайне легко впадают в подавленное настроение, но малейшее отвлечение их внимания, переключение их интересов, шутливое замечание и т. п. снова возвращают им прежнее бодрое настроение. Изменчивость их настроения настолько велика, что в течение дня настроение меняется несколько раз. Аффекты их нестойки, легкопроходящи, и часто с еще не высохшими глазами ребенок снова заразительно смеется. Несколько обобщая и схематизируя, можно представить себе пропорцию истероидов в следующем виде: восторженность, привязанность уживаются с полным безразличием, равнодушием или острой ненавистью; ласка, любовь, доброта — с гневом, злобой, жестокостью; настойчивость, упрямство, доходящее до негативизма — с беспрекословным послушанием, повышенной внушаемостью, при этом избирательной, связанной с стремлением быть в центре внимания; бессилие, слабость, неспособность к длительному напряжению — с выдержкой, настойчивостью, выносливостью (когда этого требует «зритель»); трусливость, страх перед физической болью — с полным бесстрашием; расчетливость, скупость — с безудержной расточительностью. Все это тесно переплетено у истероидов и в зависимости от социально-бытовых условий в рисунке их психики резко выявляются то одни, то другие черты. Образно говоря, для посторонних часто надевается нарядная, привлекательная одежда, в то время как дома ходят в затрапезном, неряшливом платье: «ангелы на людях, черти — дома», т. е. приветливы, общительны, обворожительны, предупредительны с посторонними, — в домашнем быту нередко эгоистичны, сварливы, капризны, раздражительны и т. д.

Подобному маскараду очень помогает косметическая ложь: приукрашение своей часто бледной, незначительной, невзрачной личности вымыслом. Так например, трусливый подросток рассказывает о своей мнимой храбрости; недалекий, ненаходчивый — о слышанных им от других остроумных проделках, которые он приписывает себе; хитрый — о простодушии; неудачник — о своих любовных приклю-

чениях и победах. В других случаях эта «косметика» принимает не столько приукрашающий характер, сколько та или иная краска (выдумка) накладывается резким пятном, чтобы оттенить quasi-дурные стороны и тем самым сделать личность заметной, интересной, оригинальной. Иногда они прибегают к хвастовству своими связями, знакомствами, а также ко всевозможным выдумкам, чтобы только чем-нибудь поразить воображение собеседника, при этом «для красного словца не жалеют ни мать, ни отца». Их слабость прихвастнуть очень быстро подмечается сверстниками, которые дают им прозвище «звонарей», «заливал» и т. п. В тех случаях, когда подобная косметическая ложь выступает на первый план, несколько затушевывая, стирая истероидные черты психики, можно говорить о *pseudologia phantastica*. В понимании природы псевдологии единства мнений не существует: одни авторы (Дельбрюк, впервые ее описавший) рассматривают ее как симптомокомплекс, возникающий реактивно и встречающийся при различных психических заболеваниях; другие (Бумке, Ясперс) считают ее свойством истерической личности; третьи (Бирнбаум, Крепелин, Дюпре — последний называет ее «мифоманией») выделяют псевдологию, как особый вид психопатической конституции. Подобное выделение самостоятельной псевдологической конституции нам кажется теоретически недостаточно обоснованным и практически мало оправданным, так как провести дифференциальный диагноз между ней и истероидной психопатией обыкновенно крайне затруднительно. Поэтому мы и описываем здесь псевдологию лишь как симптомокомплекс, характерный для патологического развития личности и встречающийся иногда у истероидов.

Различия между полами при истероидной психопатии намечаются уже в раннем детстве. Симсон у девочек-дошкольниц отмечает повышенный интерес к своей внешности, что находит себе выражение в постоянном смотре в зеркало, в украшении себя бантиками, ленточками, в настойчивом требовании нарядов и т. п. Подражая взрослыми 4—5-летние девочки прибегают к косметике: мажут углем брови, красят губы, пудрятся и т. д. Более рельефно различия между полами красятся губы, пудрятся и т. д. Более рельефно различия между полами отмечаются в период полового созревания, когда у девочек обостряется капризность, раздражительность, резкое заострение внимания на своем соматическом состоянии, что сказывается в большом количестве ипохондрических жалоб (выдумают и рассказывают о своих «неизлечимых» болезнях, об упорной бессоннице и т. д.). Девочки становятся замкнутыми, надевают на себя маску разочарованности, «пресыщенности» жизнью; часто уносятся в мир несбыточных фантазий и грез. По сравнению с девочками у мальчиков в этот период настроение ровнее, но обостряется косметическая ложь. В строении тела и моторике больших различий между полами, за исключением более частого у девочек инфантильно-грацильного сложения, не отмечается. По строению тела чаще встречаются инфантильные астеники и инфантильные пикники. Моторика — плавные, закругленные, мягкие, пластичные, ритмичные движения; при значительном силовом напряжении или длительной, непривычной работе движения становятся угловатыми, резкими, размахистыми.

При воспитательном подходе к истероидам следует учитывать их стремление казаться больше, чем есть на самом деле. В таких

случаях не бесполезно дать ребенку возможность на опыте показать свою несостоятельность, после чего в проводимых индивидуальных беседах оттенить его отрицательные свойства, обязательно указав на имеющиеся у него положительные качества. На этом положительном и должна быть построена воспитательная работа. Очень важно, путем дозировки занятий, добиваться их аккуратного выполнения. Помогать в работе следует путем подбадривания, поощрения, игнорирования жалоб на невозможность справиться с работой, но не вышучиванием, высмеиванием, как это, к сожалению, иногда имеет место. В детколлективе необходимо подобрать соответствующую способностям ребенка роль, постоянно контролируя выполнение взятых им на себя обязанностей. Эта роль не должна быть такой, чтобы в ней выпячивалась личность ребенка («скромное амплуа», вторые роли). Обучаться и воспитываться истероиды могут в массовой школе; в случаях резкого заострения черт характера — в школе-санатории.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з. От истерии истероидная психопатия отличается отсутствием психогенно возникающих психических и соматических расстройств, среди которых неврологические симптомы занимают преимущественное место (расстройство чувствительности, параличи, припадки, вазомоторные расстройства и т. д.).

Сравнительно не часто, но все же могут в отдельных случаях возникнуть сомнения при отграничении истероидной психопатии от нервности (Nervosität). Эти сомнения имеют место, когда у истероидов особенно рельефно бывает выражена быстрая истощаемость, повышенная раздражительность, большое количество ипохондрических жалоб, склонность к страхам, кошмарным сновидениям и т. д. Отличием может служить то, что нервности (Nervosität) не свойственны: стремление казаться не тем, что есть на самом деле, эксцентричность, резкий эгоцентризм, косметическая ложь, театральность, позерство, ходульность и т. д.

Значительно чаще затруднения в дифференциальном диагнозе встречаются в тех случаях, когда речь идет об *единственном*, плохо воспитанном ребенке. В семье, где ребенок единственный, его нередко неправильно воспитывают, результатом чего бывает своеобразное «истеризирование» его личности. «Единственный ребенок» часто заласкан, избалован, эмоционально невожат, капризен, упрям, раздражителен, эгоцентричен, стремится обращать на себя внимание, хвастлив, рисуется, позирует, жеманничает, неспособен к выдержке, к длительному напряжению в работе, отличается капризным аппетитом, плохим сном и т. д. Обыкновенно все эти особенности являются привитыми неправильным воспитанием. Ребенка заласкивают, балуют, исполняя малейшую его прихоть, пустячное желание. Не привыкший к отказам, ребенок дает на них бурную аффективную реакцию (слезы, плач, крик) или проявляет резкое упорство, когда родители почему-либо бывают не в состоянии удовлетворить его повышенные требования, прихоти, желания. Находясь исключительно в обществе взрослых, ребенок часто подражает им в манерах, в разговоре, привыкает жить их интересами, в силу чего у него на ряду с интересами более старшего возраста часто не отмирают и интересы предшествующего возраста,

что создает внешнее впечатление своеобразной мозаичности, а иногда инфантильности его психики. Нахватавшиеся от взрослых несистематические знания делают такого ребенка в глазах окружающих его близких лиц Wunderkind'ом (чудо-ребенок), его выставляют напоказ, захваливают, восторгаются его часто мнимыми способностями и талантами. Привычка постоянно находиться в центре общего внимания вырабатывает резкий эгоцентризм, стремление во что бы то ни стало казаться больше, чем есть на самом деле, а отсюда повышенная самооценка, хвастливость, а нередко и позерство, рисовка.

Очень часто из-за обостренной боязни повредить его здоровью родители всячески оберегают ребенка от переутомления, выполняя за него несложную и вполне доступную для него физическую работу, помогая ему в самообслуживании, в школьных занятиях и т. д. В связи с этим ребенок фиксирует свое внимание на здоровье, выискивая всевозможные жалобы (головная боль, усталость и т. д.), чтобы только отделаться от неприятной работы и занятий; в результате — неспособность к длительному напряжению в работе, усидчивости, выдержке. При малейшей неудаче работа не доводится до конца; при выполнении работы — требование похвалы, награды, повышенной оценки.

В детском коллективе, где подобные дети со стороны сверстников встречают резкое противодействие своим повышенным требованиям, где с их желанием и настроением не считаются, они на первых порах нередко крайне плохо приживаются, а в отдельных случаях их приходится брать из детского учреждения, так как они «убегают в болезнь» (дают истерическую реакцию). Подобное «бегство в болезнь» приходится наблюдать также в тех случаях, когда в семье появляется другой ребенок и единственный уже не стоит в центре внимания окружающих.

Отличия от истероидной психопатии в целом ряде случаев представляют громадные трудности, и нередко вопрос решается лишь только после длительного наблюдения, когда по отношению к этим детям меняется воспитательный подход. В таких случаях можно видеть, как постепенно снимаются напластованные черты, и ребенок обнаруживает подлинное ядро личности. Иногда это снятие шелухи происходит довольно быстро, когда ребенок, изъятый из коверкающей его обстановки, помещается в организованную детскую среду или передается в другую семью, где он сразу же начинает вести себя иначе, чем дома. При возвращении в домашнюю обстановку и при условии неизменного неправильного воспитательского подхода наступает сравнительно быстрый рецидив.

Несмотря на указанные трудности, все же некоторую опору при диагностике этих случаев можно найти в указаниях: 1) на неправильный воспитательский подход; 2) на меньшую эксцентричность в поведении ребенка; 3) на преобладание у него скорее фантастики, чем косметической лжи; 4) на его большую привязанность к родным, близким, товарищам; 5) на сравнительную длительность застревания на отрицательно окрашенных аффективных переживаниях; 6) на его меньшую житейскую зрелость, а в связи с этим недостаточную практическую приспособляемость, беспомощность в житейских вопросах.

Астенические психопаты. Одни авторы выделяют из группы психопатий *врожденные болезненные состояния* (конституциональная нервность, психастения), описывая их как невропатию; другие не делают такого различия, относя врожденные болезненные состояния в раздел психопатий, которым присваивают название «астенических психопатов». Курт Шнейдер, Е. Кан к астенической психопатии относят лишь те состояния, которые в основном характеризуются теми же симптомами, что и *Nervosität* (нервные) Крепелина. На ряду с астеническими психопатами как особую форму психопатии К. Шнейдер описывает «неуверенных в себе психопатов» (*Selbstunsichere*), подразделяя ее на два вида: 1) чувствительных (*die Sensitiven*) и 2) *ананкастов*.¹ Наиболее четкое клиническое оформление группа астенических психопатов нашла у Ганнушкина, который объединяет в ней в качестве отдельных видов, а не самостоятельных форм психопатии, как это делают Шнейдер и Кан, и «конституциональную неврастению» (то же, что *Nervosität*, *Nervöse* других авторов) и психастению («неуверенные в себе психопаты» К. Шнейдера).

Целиком присоединяясь к Ганнушкину в смысле объединения им в одну группу астеников *Nervosität* и психастении, мы не согласны с ним в трактовке астеников, как конституциональных психопатов, а разделяем в этом отношении взгляды Крепелина, рассматривающего *Nervosität* и психастению как ограниченные задержки развития. В частности, Крепелин указывает на некоторое родство навязчивых состояний с элементами навязчивости, что бывает свойственно детям младшего возраста. «На психастению таким образом — пишет Гилларовский — можно смотреть как на психику, остановившуюся на известной стадии своего развития».

Эндогенная нервность (*Nervosität*). Астеническая психопатия у детей наиболее часто встречается в виде *эндогенной нервности*, первые симптомы которой проявляются уже в грудном возрасте. Эти дети обыкновенно повышено чувствительны к различным внешним раздражителям (свет, шум, громкий разговор, неприятные ощущения и т. д.), на которые дают крайне бурную реакцию в виде частых вздрагиваний, крика, плача, двигательного беспокойства. Даже в тех случаях, когда раздражитель устранен, успокоение наступает не сразу, и нередко возврат к состоянию психического равновесия затягивается на длительное время: могут кричать часами и, успокоившись на короткий момент, снова начать плакать. Очень часто отмечаются также нарушения сна, частые просыпания, бессонница и т. д. Про таких детей матери обыкновенно рассказывают, что они росли беспокойными, капризными, крикливыми, требовательными, настойчивыми, упрямыми — «блажными», как они их часто характеризуют. Эту характеристику нельзя целиком принимать на веру, так как нередко случаи, где неправильная реакция ребенка зависит от недостаточно умелого ухода за ним, что бывает чаще у первородящих матерей. На втором году жизни ребенка все эти симптомы несколько стихают с тем, чтобы снова обостриться к концу третьего года, когда особенно заметно выступают расстройства со

¹ Термин «ананкаст» заимствован им у Доната (*Donath*); происходит от «ананке» — необходимость.

стороны вегетативной нервной системы [капризный, избирательный аппетит, отказ от жесткой пищи, долго держат пищу во рту, не жуя, или лениво разжевывая (Kaufaulheit), тошнота, рвота, запоры, поносы; сухость кожи и рта или, наоборот, повышенная потливость, усиленное слюноотделение; беспокойный сон, бессонница, энурез, заикание, онанизм и т. д.]. К этим расстройствам нередко присоединяются вялость, апатичность или иногда повышенная психомоторная возбудимость (суетливость, перебирание предметов, «беспокойные руки», крайняя подвижность, шумливость). Нередко жалобы на скуку, отсутствие интересов и желаний, безразличие, уставшие впечатления, повышенным жизненным тонусом. В этот период раздражительность и пугливость (страх при виде незнакомых лиц, предметов). При возбуждении отмечается иногда резкая пятнистая окраска лица, в отдельных случаях сплошное покраснение всего туловища (Schreieanthem).

Несколько сглаживаясь в дальнейшем, все эти симптомы снова резко обостряются в конце дошкольного возраста (6—7 лет), когда (особенно в связи с новыми требованиями, предъявляемыми ребенку) бросаются в глаза его несколько пониженная, по сравнению с сверстниками, работоспособность, быстрая утомляемость, легкая истощаемость и отвлекаемость внимания. Заикание и энурез, которые иногда совсем проходят или значительно сглаживаются в период 4—6 лет, снова возобновляются с тем, чтобы принять в дальнейшем более или менее стойкий характер. Нередко в это время снова резко обостряются (часто обнаруживавшиеся и ранее, но не так рельефно) навязчивые состояния, страхи (боятся темноты, прикосновения к себе, крови, холода, боятся животных, незнакомых людей и т. п.). В одних случаях отмечается застенчивость, робость, подозрительность, склонность к уединению, одиночеству, в других — некоторая наигранность, разболтанность, склонность к упрямству, дезорганизаторским выходкам, бурным аффективным разрядам, агрессивным действиям.

Несмотря на такое различие в реакциях (мимозоподобность на одном полюсе, агрессивность на другом) они имеют один общий источник, вытекающий из обостренного чувства собственной неполноценности (Minderwertigkeitsgefühl), чрезмерной ранимости, повышенной впечатлительности к переживаниям, слегка выходящим из рамок обычных житейских невзгод и происшествий. Мимозоподобность, свертывание, застенчивость, некоторая отгороженность от окружающего сравнительно чаще встречаются у детей, пользующихся вниманием, но неправильным в воспитательном отношении уходом в семье; агрессивность, озлобленность, дезорганизаторство — у детей беспризорных, безнадзорных. В первом случае это нередко обусловлено тем, что соматические расстройства ребенка, его повышенная утомляемость вызывают у родных постоянные опасения, тревогу, заботы о его здоровье. В результате для подобных детей создают «тепличную обстановку», когда, фиксируя внимание на их здоровье, их всячески оберегают от излишних раздражителей, освобождают, помогают им, исполняют за них работу, чем постоянно подчеркивают, что они слабые, хилые, больные, «нервные», а потому им необходим

покой и отдых. По ничтожному поводу обращаются с такими детьми к врачу и, к сожалению, иногда случается, что в присутствии ребенка врач не только подтверждает диагноз «нервности», но и советует освободить ребенка от занятий или рекомендует какие-нибудь другие поблажки и снисходительный подход в воспитании.¹ В результате такого неправильного воспитания, искусственно отгороженный от жизни ребенок всякий раз глубоко ранится, когда ему, привыкшему к тепличной обстановке, приходится сталкиваться с житейской «стужей». Было бы крайне упрощенно искать объяснение мимозоподобности невротика лишь в одном неправильном воспитательном подходе к нему; заостряя внимание на неправильном воспитании, мы только хотим подчеркнуть, что оно, если так можно выразиться, еще больше «астенизирует» ребенка, разоружает его в борьбе с чувством собственной неполноценности.

Безнадзорный, беспризорный ребенок скорее несколько «стенизируется», так как на него мало обращают внимания, его соматические жалобы не вызывают опасений и тревоги; его пониженная продуктивность, вследствие повышенной утомляемости, а также легко истощаемого и отвлекающегося внимания, вызывают не только нарекания, но сплошь и рядом физические меры воздействия; его плохое настроение, ощущение разбитости, общей слабости не вызывают к себе сочувствия, а расцениваются как каприз, увиливание от работы. Сплошь и рядом и школа, не учитывая болезненного состояния этих детей, расценивает их пониженную продуктивность как лень и, применяя иногда репрессивные меры воздействия, еще более охлаждает их желание заниматься. В результате такого неправильного подхода дети окончательно забрасывают школьную учебу, предпочитая ей быструю смену впечатлений, не требующих усилий для восприятия и усвоения. Обычно эти впечатления в большом изобилии дает им улица, где они, оторвавшись от школы, и проводят большую часть времени. Уличная жизнь с ее своеобразными неписанными правилами и законами стенизирует ребят, так как между прочим требует от них наряду с умением отстаивать свои права также и равнения в поведении на наиболее социально-запущенных сверстников. Отсюда нередко проистекают распушенность, грубость, циничность, агрессивность, бравада, хулиганские выходки и т. п., причем все это вместе взятое в значительной степени носит показной характер и по существу является не чем иным, как защитной реакцией робкого, слабого, неуверенного в себе ребенка.

Если не брать такие крайности как неправильное воспитание в семье и безнадзорность, беспризорность, то все же и у остальных детей невротиков основным фоном их психики остаются повышенная впечатлительность и более или менее выраженное чувство собственной неполноценности. Это последнее нередко заставляет их играть в детском коллективе подчиненную роль, искать поддержки, помощи у более сильных, избегать ответственных поручений, стусевываться, отходить на задний план. Всякую неудачу они переживают крайне бо-

¹ С этой точки зрения нам кажется вполне целесообразным пересмотреть названия и заменить их другими таких учреждений, как школа-санаторий для детей невротиков, классы для невротиков и т. п.

лезненно, давая иногда более или менее длительную депрессию. Подбадривание, отвлечение внимания, переключение интересов успокаивают иногда ненадолго, и они снова склонны концентрировать эмоциональные переживания вокруг своей неудачи.

Благодаря нормальному интеллекту при поддержке, поощрении они справляются с работой и, будучи заинтересованными, способны в отдельных случаях проявить длительное напряжение, забывая об усталости. Не последнюю роль играет при этом напряжении также и самолюбие ребенка, из-за которого он не хочет прервать работы, чтобы не быть хуже сверстников. Если же работа не дается сразу, малоинтересна, недостаточно эффективна, если в исполнении ее они предоставлены самим себе, то часто нехватает выдержки довести ее до конца. В таких случаях они нередко дают бурную аффективную реакцию, так как повышенная раздражительность является также одной из особенностей их психики. Аффект гнева обыкновенно бывает нестойким и очень часто сменяется самообвинением, плачем, обещанием себя сдерживать с тем, чтобы через некоторый промежуток времени снова повториться.

Обыкновенно раздражительность усиливается в период полового созревания, так как и при нормальном развитии личности в этот период отмечаются неровности в поведении, резкое несоответствие реакции внешним раздражителям, повышенная чувствительность, ранимость. Пубертатный возраст, характеризующийся и в норме некоторым отрывом от действительности, повышенной склонностью к фантазированию, стремлением заниматься отвлеченными вопросами (период «философской интоксикации» по Циену), у невротиков выявляется особенно резко, что сближает внешнюю картину их поведения с шизоидами. Эту близость особенно подчеркивает наблюдающаяся иногда склонность к стереотипиям, манерничанью, крайняя застенчивость, стремление к уединению, отгороженность от окружающего, но их «мимозоподобность не является результатом аутистического ухода от жизни, а лишь проявлением чрезмерной чувствительности» (Ганнушкин). В этот период крайне обостряется чувство собственной неполноценности и малейшая неудача нередко вызывает разговор о желании покончить с собой, иногда и переход от слов к действию.

Такова в общих чертах картина эндогенной нервности (Nervosität), основным ядром которой являются раздражительная слабость и истощаемость нервной системы, что сказывается: в повышенной утомляемости, чрезмерной впечатлительности и ранимости, в резко выраженном чувстве собственной неполноценности, концентрации эмоциональных переживаний вокруг собственных неудач, в обилии симптомов со стороны вегетативной нервной системы.

По строению тела среди них чаще встречаются астеники. Моторика их более или менее плавная, без большого количества излишних движений, с некоторым западением одновременных движений. Они достаточно ритмичны, темп — крайне изменчив. В период полового созревания моторика становится крайне неуклюжей, много угловатости, разболтанности, порывистости в движениях.

Отличия между полами можно отметить уже в преддошкольном возрасте: у девочек нередко аффективные вспышки сопровождаются

припадками истерического характера, иногда мелкой дрожью всего тела. Они более робки, застенчивы, более склонны к слезам, чаще дают реактивную депрессию и к тому же более длительного характера, чем мальчики; у них также отмечается большее количество вегетативных расстройств и ипохондрических жалоб. В период полового созревания у них менее выражена склонность к занятиям отвлеченными вопросами, больше — уход в мир фантазий и грез.

Психастения. Психастения, как другая разновидность астенической психопатии, часто не может быть отграничена в детском возрасте от эндогенной нервности: общий фон у них один и тот же и первые штрихи психастенического узора на этом фоне еще настолько не отчетливы, что по ним трудно угадать будущий рисунок. Более отчетливо психастения проявляется лишь к концу препубертатного возраста, у детей же младшего возраста на общем астеническом фоне приходится лишь отмечать элементы повышенной тревожности и мнительности. У психастеников наблюдаются обыкновенно *тревога, боязнь перед воображаемыми опасностями*, перед тем, что еще только может случиться, в то время как при реальной опасности они нередко высказывают достаточную решительность, сопротивляемость, находчивость, бесстрашие, снова переживая тревогу, когда опасность уже миновала, ожидая для себя грозных, неисправимых последствий от случившегося. В раннем детстве — это состояние опасения за своих близких (не случилось бы чего с ушедшей из дому матерью, не лишился бы работы отец, не заболел бы кто-нибудь из них и т. д.), тревога за свое благополучие (не сгорел бы дом, не ограбили бы), боязнь чужих людей, страх перед незнакомыми предметами. С возрастом присоединяются опасения, что не справится с порученной ему работой, опоздает в школу, не сможет как следует ответить урок и т. д. Поэтому нередко школьники встают спозаранку, приходят в школу первыми, по несколько раз собирают свои учебные принадлежности, постоянно проверяя, не забыли ли они чего-нибудь, пристают к близким с просьбами проверить их знания и т. д. Этот постоянный контроль над собой, вечные сомнения, так ли они делают, правильно ли поступают, приводит к тому, что они требуют от окружающих постоянных успокоений, подбадривания, заверения, что все обстоит благополучно. Но подобные заверения и уговоры действуют успокаивающе лишь на короткий момент, так как им начинает казаться, что за этим должен скрываться иной смысл, другое значение, а потому, критикуя подбадривания, они снова возвращаются к самопроверке, самоконтролю. Не удивительно, что какое-нибудь пустячное для другого ребенка дело для них является крайне мучительным, работу они выполняют медленно, так как переделывают ее по несколько раз. Иногда в поисках более интересной детали, красивого аксессуара в работе, они остальную часть выполняют небрежно, неряшливо, так как на это им нехватает ни времени, ни достаточного сосредоточения, напряжения внимания. В работе они нередко педантичны, аккуратны; всякое отступление от принятого порядка, изменение в плане работы встречается ими с недоверием, опасением, боязнью не выполнить работу. Иногда одно уже назначение срока выполнения работы может привести к ее срыву, так как в подобных случаях большая часть времени уходит на размышления, разговоры, проистекающие из сомнения не

успеть к назначенному сроку. Выполнив работу, они непременно хотят тотчас же узнать ее результаты, потому что всякое ожидание для них крайне тягостно, мучительно: мешают все те же сомнения и тревога. Нерешительные и робкие они становятся подчас настойчивыми, нетерпеливыми, требовательными, «приставучими», когда за медлен ответ, затруднено выполнение желания, задержано привлечение в исполнение принятого ими решения. Реакция на неудачу чаще — слезы, замыкания в себя, реже — аффективные вспышки, переходящими в искреннее раскаяние и самобичевание. Застенчивые, робкие, боязливые, постоянно ожидающие для себя грядущих неприятностей, они стараются обезопасить себя от них путем различных действий, приобретающих впоследствии навязчивый характер. Так например, случайное совпадение между хорошо отвеченным уроком и как-нибудь по особому надетой в этот день фуражкой приводит к тому, что манера таким образом надевать фуражку начинает практиковаться не только перед уроком, но и при всякой другой выдуманной или действительной опасности. Подобного же рода уловки защитного характера, освобождающие их в известном смысле от тревожных сомнений, встречаются в виде сосчитывания числа шагов, повторения по несколько раз какой-нибудь фразы, сопровождения речи особой жестикуляцией и т. п. В дальнейшем подобные действия принимают навязчивый характер и, отлично сознавая всю их нелепость, неосновательность, они не в состоянии от них отделаться.

Возможны и другие механизмы развития навязчивых явлений, когда, например, сильно аффективное состояние становится причиной того, что случайное представление, бывшее в сознании одновременно с неприятным переживанием и как бы зафиксированное им, впоследствии приобретает навязчивый характер. Один из пациентов нашей клиники должен был обязательно считать до 200 перед каждым приемом пищи. Вскрытый механизм этого состояния таков: отец сильно пил, семья голодала, мать уходила на поиски работы; чтобы сократить время, голодный ребенок становился у окна и думал: «досчитаю до 200, придет мама и даст есть». Впоследствии, когда нужда миновала, он перестал считать, но как только спустя значительное время на короткий срок снова запил его отец, у него появилось непреодолимое стремление считать перед едой. Он не мог объяснить, почему он должен считать, но если он прерывал счет, его беспокоила мысль, что случится какая-то непоправимая беда.

На других механизмах (например на конверсиях в смысле Фрейда)¹ мы останавливаться не будем, так как, указав на многообразие этих механизмов, хотим особенно подчеркнуть, что навязчивые явления — всего лишь признак, встречающийся не только у психастеников (у них он особенно част), но также и при других формах психопатии и при некоторых заболеваниях (например, эпидемический энцефалит). При оценке навязчивых состояний у психастеников

¹ Школа Фрейда склонна рассматривать навязчивые состояния с точки зрения сексуальных травм и переживаний. Ни в какой степени не отрицая в генезе некоторых навязчивых состояний и этих моментов, мы решительно высказываемся против того, чтобы всякий случай навязчивых состояний объяснять исключительно сексуальной травмой.

стеников нужно иметь в виду всю совокупность их личности, основным ядром которой является крайняя нерешительность, боязливость, постоянная склонность к сомнениям, повышенная впечатлительность и от астенического фона — раздражительная слабость и истощаемость нервной системы и психики.

Постоянные мучительные сомнения, неиссякаемая тревога придают их настроению депрессивный фон и в то же время приводят их к сознанию собственной неполноценности. Их конфузливость, застенчивость, когда они не решаются сделать то, что считали бы необходимым (выразить чувство признательности, поблагодарить за услугу, высказать искреннее сожаление, раскаяние) создают иногда у окружающих неправильное представление о них, как об эмоционально-тупых, неблагодарных, эгоистах.

Моторика их, когда они предоставлены самим себе, более или менее удовлетворительна, но они тотчас же становятся неуклюжими, нерасторопными, порывистыми, угловатыми, когда на их движения обращено внимание окружающих. Нередко бросаются в глаза особенности их речи: резко меняющийся темп, частые остановки, придыхания, слабая дикция. Нередко у них встречается заикание, сравнительно мало заметное, когда они находятся в кругу близких лиц, и резко усиливающееся в незнакомой, непривычной обстановке. Эта речевая недостаточность часто еще более ухудшает их сознание своей неполноценности.

Интеллект — нормален. Из-за повышенной впечатлительности, обостренной ранимости с детским коллективом уживаются с некоторым трудом.

Различие между полами выступает более или менее рельефно лишь в препубертатном возрасте. Мальчики более раздражительны, чаще реагируют аффектами, вспышками, девочки — слезами, ипохондрическими жалобами. Депрессивное настроение у девочек носит более выраженный характер, депрессии их более длительны. Несколько менее по сравнению с мальчиками выражены у девочек нерешительность, конфузливость и малая продуктивность в работе. Моторика у девочек более закруглена, речевая недостаточность меньше обращает на себя внимания.

Астенические психопаты с их повышенной ранимостью, чувствительностью нуждаются при перевоспитании в поощрении, подбадривании, указании на их положительные качества. При навязчивых состояниях — в психотерапевтическом воздействии. В работе, учебе от них следует требовать того же, что и от их сверстников, не давая им повода для недооценки собственной личности. В детских общественных организациях на первых порах им следует давать роль, не связанную с большой ответственностью, но все же достаточно эффективную для самоутверждения личности. В большинстве случаев они могут перевоспитываться в массовой школе (в особых классах); при резко выраженных навязчивых явлениях — в школе-санатории.

Дифференциальный диагноз. Если астеническую психопатию в целом более или менее легко отграничить от других форм психопатии, то ее отдельные подвиды (в особенности эндогенная нервность) могут при отграничении от других психопатических состояний представить известные затруднения. Об отличии эндо-

генной нервности от циклоидной, истероидной, адинамичной формы эпилептоидной психопатии говорилось раньше. Здесь мы преимущественно заострим внимание лишь на некоторых прогрессивных заблуждениях (схизофрения, эпилепсия), могущих иногда дать повод к смешению их с астенической психопатией. Простая форма схизофрении (*dementia simplex*), с которой астеническую психопатию до некоторой степени роднит отгороженность от окружающего, мимозоподобность, навязчивые состояния, приобретающие в отдельных случаях характер чужаковости (*Verschrobenheit*), некоторая эмоциональная уплощенность, зависящая от робости, конфузливости, стеснительности, иногда крайне пониженная продуктивность — отличается следующим: 1) конкретное мышление при астенической психопатии; 2) мимозоподобность — результат повышенной впечатлительности, ранимости, а не аутизма, как у схизофреников; 3) у астенических критическое отношение к своим навязчивым состояниям; 4) эмоциональная уплощенность астенических отмечается лишь при чисто внешнем, поверхностном подходе к ним, наоборот — они способны глубоко переживать, искренне привязываться; 5) малая продуктивность астенических — результат быстрой истощаемости и неуверенности в себе — выравнивается при поддержке, подбадривании со стороны окружающих; 6) в отличие от схизофреников у них большее количество вегетативных расстройств; 7) у астенических неуклюжесть, угловатость, мешковатость движений в значительной степени связаны со смущением, вне его движения более или менее удовлетворительны; 8) наконец, при схизофрении — указания на прогрессивность.

С эпилепсией психастению сближают педантичность, аккуратность, медлительность, размеренность, пунктуальность в работе, наличие страхов, некоторая неповоротливость мышления, иногда застревание на деталях. Отличия в значительной степени те же, что уже были нами указаны при отграничении от адинамичной эпилептоидии. К этому следует еще добавить отсутствие при психастении указаний на прогрессивность и судорожные припадки.

Известные затруднения при дифференциальном диагнозе встречаются в тех случаях, когда речь идет о так называемом единственном неправильно воспитанном ребенке. У этого последнего часто отмечается капризный сон, избирательный аппетит, быстрая истощаемость в работе, малая продуктивность, повышенная раздражительность, страхи, энурез; в отдельных случаях — чувство собственной неполноценности. Решающим моментом в диагнозе является постепенное исчезновение всех этих симптомов при переключении воспитания на правильные рельсы. Подсобными опознавательными признаками при диагнозе служат: 1) большое количество вегетативных симптомов при *Nervosität*; 2) отсутствие при *Nervosität* манерничанья, желания обратить на себя внимание, казаться больше, чем есть на самом деле, что нередко встречается у единственного ребенка; 3) при *Nervosität* заинтересованность в работе часто при невозможности выполнить ее из-за повышенной утомляемости, у единственного — отсутствие заинтересованности, нежелание взяться за работу; 4) склонность единственного ребенка к истерическим реакциям; 5) особенности моторики при *Nervosität*.

Отдельные симптомокомплексы при ограниченных задержках развития.

Дистонные. Описанием дистонных мы делаем переход к тем психопатиям, которые нередко без должного основания включают в различные круги патологических личностей (схизоидный, циклоидный, эпилептоидный); в частности, обыкновенно дистонных присоединяют к схизоидам. Дистонные не имеют биологического и генетического сродства с шизофренией; их дистонность (несовместимость с окружающему), отгороженность, своеобразный аутизм имеют, в отличие от схизоидной психопатии, другие корни, в силу чего нам кажется вполне целесообразным выделить эту группу особо, несмотря на то, что она еще до настоящего времени не получила достаточно четкого клинического оформления. Попытка дать клиническое описание этой формы психопатии сделана Каном (термин «дистонный» заимствован им у Бострема), подразделившим ее на следующие группы: 1) психопаты с переоценкой своего «я»: а) активные аутисты, б) эгоцентрики; 2) психопаты с недооценкой своего «я»: а) пассивные аутисты, б) ищущие «я»; 3) амбигуэнтные.

Описание дистонных психопатов дано Каном схематично, несколькими штрихами, клинический образ их вычерчен не всегда отчетливо (например, пассивные аутисты, амбигуэнтные), да и кроме того выделение указанных им подгрупп возможно лишь при наличии хорошо дифференцированной психики, что делает крайне затруднительным применение подобного подразделения в детском возрасте. В свою очередь, клиника детских психопатий не имеет в этом направлении достаточно разработанного материала, а потому мы и принуждены дать здесь описание лишь наиболее часто встречающихся (в силу этого клинически относительно несколько лучше очерченных) симптомокомплексов. Без сомнения, ими далеко не исчерпывается все разнообразие симптоматики дистонности.

Пассивные дистонные (мечтатели). Это обыкновенно легко ранимые дети, отличающиеся повышенной впечатлительностью, крайне чувствительные к жизненным невзгодам и неприятностям, выходящие из поля борьбы при сколько-нибудь грубом соприкосновении с действительностью. Недооценка собственной личности, осознание своей слабости, неприспособленности, неумение найти свое место в коллективе приводит их к изоляции от окружающих. Убегая в мир фантазии и грез от суровой, неприглядной для них действительности, они тем самым компенсируют себя за испытываемые неприятности. «Фантазируют — несчастные» (Фрейд), и это особенно приложимо к ним. Обыкновенно и нормальный человек, переживая неприятности, спешит их вытеснить, уходит иногда на время в ирреальность, но здоровая психика быстро отбрасывает такого рода фантазии, и связь с реальностью не прерывается ни на одну минуту. Этот уход в ирреальность чаще бывает в виде «сказки» на ночь, когда перед засыпанием рассказывают себе подобные сказки, в которых рисуют себя лучше, чем есть в действительности, мечтают о несбыточном, далеко уносясь в полетах фантазии от того, что есть на самом деле. Убаюканные такой сказкой засыпают, чтобы, проснувшись, или забыть о ней, или во всяком случае не путать ее с действительностью. Совершенно иначе обстоит дело у дистонных психопатов: их сказка затянулась, они рассказывают ее и днем, а потому содержание их психики, в значительной степени заполненное фантазированием, приводит их к отрыву от действительности, а в отдельных случаях — и к полной потере границы между реальностью, былью и вымыслом, фантазией, грезой. Содержание их фантазии, — исполнение желаний, причем их фантазия не блещет ни оригинальностью, ни богатством красок и чаще всего в ней отражаются, повторяются отдельные эпизоды из кинофильмов, прочитанных книг, театральных постановок и т. д. Редко мечтают о чем-нибудь одном, чаще одна мечта сменяет другую. Мечтают о несбыточных приключениях, героических подвигах, славе, изобретениях, реже о почестях, богатстве, любовных удачах. Между мечтой и действительностью, из-за их резкого несоответствия, существует глубокий разрыв, а потому, не делая никаких попыток для претворения мечтаний в жизнь, они обыкновенно остаются лишь в роли созерцателей. Нередко не желая обращать на себя внимания, тщательно скрывают свои мечты, посвящая в них лишь небольшой узкий круг близких лиц; при насмешливом отношении к их фантазированию становятся недоверчивыми, замыкаются в себя. Погруженные в мечты, они стараются возможно скорее отделаться от скучных повседневных обязанностей, выполняют работу наспех, лишь бы скорее

сбывать ее с рук, равнодушны к полученным результатам, мало инициативны. Освободившись от работы, чаще спешат засесть за книгу, дающую новый материал для их фантазии, реже — проводят время в ничегонеделании, валяясь на кроватях, расхаживая по комнате или устремив взгляд в одну точку. Апатичные, вялые, равнодушные они проявляют некоторую живость в игре, когда целиком входят в роль, страстно оспаривают отдельные детали игры, не подчиняются правилам. В классе они рассеяны, невнимательны, часто отвечают невпопад, по нескольку раз переспрашивают; разговаривают сами с собой, при рассказывании останавливаются, что, все вместе взятое, производит внешнее впечатление странности, нелепости, чудачества. Нередко нелепость их поведения подчеркивается неуклюжестью, мешковатой моторикой, когда, особенно из-за смущения в незнакомой обстановке, их движения становятся резко порывистыми, угловатыми, разболтанными или, наоборот, крайне связанными, напряженными. В то же время мимика их хорошо дифференцирована, адекватна переживаниям, достаточно разнообразна. Аффекты — не стойки, импульсивные вспышки отмечаются крайне редко, сравнительно легко купируются ласковым обращением. Часто обнаруживают глубокую, длительную привязанность; правдивы, откровенны.

Различия между полами сказываются преимущественно в содержании фантазии: у девочек чаще наблюдаются фантазии, связанные с различными искусствами (преимущественно мечты о сцене, кино), а также с любовными переживаниями. Девочки более чувствительны, ранимы, более отгорожены от окружающего, мало откровенны, сдержанны; в их поведении меньше нелепости, странности. В своих мечтаниях они остаются более пассивными. В отношении моторики они более пластичны и грациозны, чем мальчики. Лечебно-педагогические мероприятия в основном совпадают с теми, которые уже были нами указаны при описании шизоидов, а также астенических психопатов.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з. Более или менее выраженная клиническая картина этого симптомокомплекса отмечается лишь в препубертатном возрасте; у младших детей обыкновенно удается подметить лишь повышенную склонность к фантазированию. В раннем детстве провести разграничение этого симптомокомплекса от вариантов нормального характера представляется подчас совершенно невозможным, так как у ребенка в этот период развития фантазия является до известной степени физиологической. Опознавательными признаками может служить то, что у мечтателей: 1) некоторый разрыв между обилием разнообразных мечтаний и слабыми попытками проведения их в жизнь; 2) малая претворимость фантазии в игре, рисунках и т. п.; 3) малоподвижность, своеобразная «бездеятельность», сочетающаяся иногда с двигательным беспокойством; 4) недостаточный контакт с окружающим; 5) повышенная рассеянность, 6) плохая практическая приспособленность.

Отличием мечтателей от истероидов (в частности от псевдологов) служит: 1) то, что «фантаст обманывает самого себя, псевдолог — других» (К р о н ф е л ь д); 2) отсутствие стремления при помощи выдумок мистифицировать окружающих, обращать на себя внимание, казаться больше того, чем есть на самом деле; 3) отсутствие театральности, рисовки, позерства; 4) замкнутость, отгороженность, известная изоляция от окружающих; 5) глубокие привязанности, привычки; 6) своеобразная «бездеятельность»; 7) неуклюжая, мешковатая, несколько разболтанная моторика; 8) иногда наличие в поведении нелепостей, странностей.

Наиболее трудны отличия от астеников и шизоидных психопатов. Поэтому по поводу Ганнушкин говорит: «хрупкость нервной организации роднит мечтателей с астениками, а отрешенность от действительности и аутистическое погружение в мечты не дает возможности провести сколько-нибудь резкую границу между ними и шизоидами».

От астенических психопатов мечтатели все же отличаются тем, что при эндогенной нервности (Nervosität): 1) нет аутизма; мышление более конкретно, мечты не заполняют целиком содержания психики, разрыв между мечтой и действительностью не так резок, попытки к претворению мечтаний в жизнь встречаются чаще; 2) малая продуктивность в работе является результатом их истощаемости и неуверенности в себе; 3) более отвлекаемое, быстро истощающееся внимание, сравнительно больший его диапазон; 4) большая раздражительность, неустойчивость настроения; 5) большее количество вегетативных симптомов.

От шизоидов мечтатели отличаются тем, что у них: 1) слабо выражена склонность к отвлеченному, схематическому, формальному мышлению, резонерству, болезненному мудрствованию; 2) отсутствует свойственная шизоидам

психэстетическая пропорция (сочетание сенситивности и эмоциональной тупости); 3) несмотря на их некоторый отрыв, изоляцию от окружающих, как результат погруженности в свои мечты, контакт с ними более глубок, чем с шизоидами; 4) наличие глубоких привязанностей; 5) склонность к недооценке себя и переоценке окружающих; 6) отсутствие немотивированных поступков, импульсивных вспышек; 7) отсутствие склонности к стереотипиям, манерной, вычурной речи, неологизмам и т. п.

Активные дистонные (эгоцентрики.) У эгоцентриков на первый план выдвигается собственная личность, установка на свое «я», заслоняющая собой окружающее. У них нетрудно подметить повышенную оценку себя и недооценку других.

Обыкновенно недовольные тем положением, которое они занимают в жизни, уязвленные отсутствием признания их сверхценности, они в отличие от мечтателей не уходят в ирреальный мир, не прибегают к косметической лжи, как это делают истероиды, а компенсируют себя ироническим, полупрезрительным, полуснисходительным, полунасмешливым отношением к окружающему. Относясь ко всему несколько свысока, высмеивая, вышучивая чужие промахи, часто злорадствуя по поводу их, они сами предпочитают лишь давать советы и указания, оставаясь обыкновенно лишь в роли безответственных критиков.

Весьма чувствительны, легко ранимы, когда критикуют их поступки, хотя внешне как будто бы и мало считаются с чужим мнением, но внутренне постоянно к нему чутко прислушиваются, болезненно переживая всякий отрицательный отзыв о себе; к самокритике они обыкновенно неспособны. В подобных случаях не столько замыкаются, уходят в себя, сколько озлобляются, отгораживаются, нередко обвиняя окружающих в несправедливом, пристрастном к ним отношении. При постоянных уколах чрезвычайно развитого самолюбия становятся недоверчивыми, подозрительными; сравнительно редко дают аффективный разряд, так как отличаются большой выдержкой. С детским коллективом сливаются с большим трудом, чему мешает их повышенная требовательность к другим и крайняя снисходительность к собственным недостаткам, игнорирование чужих интересов, плохо переносимые противоречия их желаниям, непризнание за ними превосходства. В свою очередь, сверстники их не любят, считают их черствыми, холодными эгоистами, «зазнайками». Отрыв от коллектива они переносят с известным трудом, так как для самоутверждения им необходимо общество, а потому они и делают к слиянию с коллективом неоднократные попытки, кончающиеся всякий раз неудачей. Обыкновенно они все же имеют небольшое количество «наперсников», интеллектуально более слабо развитых, чем они сами (интеллектуально сильных заинтересовывают выгодой, подкупом); им они поверяют свои тайны, от них требуют признания своего превосходства, беспрекословного подчинения себе.

Фантазия их бледна, уход в ирреальность неглубок, а потому их самоутверждение чаще всего находит себе выход лишь в разговорах, в которых много надуманности, резонерства. Попыток на деле доказать превосходство своей личности они обыкновенно не делают, а потому охотно берутся лишь за ту работу, в которой не будут выявлены слабые стороны их личности. При затруднениях в работе спешат спрятаться за «словесным прикрытием», т. е. пускаются в длинные, запутанные, подчас нескончаемые рассуждения, в которых отводят от себя вину за неудачу.¹

Эмоционально они обыкновенно равнодушны ко всему, что не связано с их интересами; длительные, глубокие привязанности у них крайне редки. Интеллект развит в пределах невысокой нормы. Мышление скорее конкретное. Движения их несколько угловаты, размашисты; мимика достаточно дифференцирована, адекватна переживаниям.

Различия между полами нерезко выражены. У девочек на первый план скорее выступают повышенное самолюбие, обидчивость, большая раздражительность и невыдержанность. Отрыв от коллектива у них более значителен; они более продуктивны, часто компенсируют свой отрыв чтением, в то время как мальчики более «бездеятельны», проводят время в пустых разглагольствованиях.

¹ Не развиваются ли впоследствии из активных дистонных параноики — вот вопрос, который в будущем предстоит разрешить клинике психопатий. Подобное развитие при наличии соответствующей ситуации, думается нам, возможно, так как этому способствуют эгоцентризм, известная недостаточность мышления и их установка *quod volumus—credimus* (чего хотим, в то верим.)

Лечебно-педагогические мероприятия в отношении эгоцентриков прежде всего сводятся к тому, чтобы разрушить их переоценку себя и недооценку других. Для этого необходимо раскрыть перед ними ценность окружающих их товарищей, чаще призывать их к самокритике. Отмечая их собственные слабые стороны, обязательно указывать им пути для изживания этих недостатков. В работе необходимо перевести их с роли безответственных критиков на роль исполнителей, для чего вначале давать более простую работу, постепенно ее усложняя. Преодоление их эмоционального безразличия ко всему, что не связано с их интересами, удастся путем включения в общественную работу, с которой при поддержке, подбадривании хорошо справляются.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з. В преддошкольном и дошкольном возрастах особенности эгоцентриков выступают настолько не резко, что трудно бывает выделить этот симптомокомплекс. Обыкновенно обращают на себя внимание переоценка собственной личности, повышенное самолюбие, капризы, упрямство. Более отчетливо симптомы выступают в период полового созревания и здесь особенно затруднительны отличия от заострения черт характера, бывающего и у нормальных детей в этот период развития. При дифференциальном диагнозе подспорьем до некоторой степени могут служить: 1) переоценка собственной личности, вынужденное уединение, повышенное самолюбие, отмечающееся и до периода полового созревания, 2) склонность к резонерству, также подмечаемая еще в дошкольном возрасте, 3) сравнительно бедная фантастика, 4) большая выдержанность, 5) эмоциональное безразличие ко всему, что не связано с их интересами. Все же в отдельных случаях диагноз представляет непреодолимые затруднения, и только длительное наблюдение помогает правильному разрешению вопроса.

От шизоидов эгоцентрики отличаются: 1) отсутствием в анамнезе указаний на заболевание шизофренией родственников или наличием среди них шизоидных психопатов, 2) конкретным мышлением, 3) отсутствием резко выраженных странностей, нелепостей, дурашливости в поведении, 4) стремлением к контакту и вынужденной изоляции от окружающих, 5) более гибкой психикой, 6) отсутствием нелепых импульсивных поступков, 7) отсутствием склонности к стереотипиям, 8) более дифференцированной мимикой и наличием хорошо развитых выразительных движений.

Взрывчатые (Explosible). Некоторые авторы не выделяют взрывчатых (взрывчатых) психопатов в особую группу, причисляя их или к динамичным эпилептоидам, или рассматривая взрывчатость, вспыльчивость, как форму реакции, встречающуюся при различных психопатиях. Эта точка зрения нами не разделяется, потому что взрывчатость, являясь примитивной и типичной формой реакции, сочетается в отдельных случаях с особым складом психики, что и должно быть положено в основу отграничения этого симптомокомплекса. С другой стороны, этот склад психики хотя в известной степени и приближается к складу психики при эпилептоидной психопатии, все же имеет и целый ряд отличий от нее, из которых наиболее существенным является отсутствие биологической и генетической связи с эпилепсией. Приведенные соображения диктуют необходимость отдельного описания этого симптомокомплекса.

О взрывчатости говорят в тех случаях, когда аффективное состояние без задержки со стороны мышления находит себе выход в элементарном двигательном разряде («короткое замыкание»). У детей в некоторые возрастные периоды способность сдерживать себя является еще физиологической, а потому бурный аффективный разряд в преддошкольном возрасте (иногда в более позднем возрасте у плохо воспитанных беспризорных, безнадзорных ребят) еще не может служить достаточным основанием для постановки диагноза психопатии. В тех случаях, когда у детей более старшего возраста и подростков (при наличии более или менее правильного воспитательного подхода) эта форма реакции возникает всякий раз по ничтожному поводу, т. е. является для них более или менее привычной формой реакции, напрашивается вопрос об взрывчатой психопатии. Диагноз в таких случаях никогда не следует ставить на основании лишь одной формы реакции; необходимо принять во внимание всю совокупность признаков, характеризующих взрывчатый симптомокомплекс.

В общих чертах этот симптомокомплекс рисуется в следующем виде.
1) Отсутствие каких-либо расстройств со стороны интеллекта, конкретное мышление; 2) возникающие по ничтожному поводу аффективные вспышки по типу короткого замыкания, иногда с более или менее длительными периодами возбуждения; 3) жизнерадостное, весело-приподнятое настроение; 4) легкая

ранимость, повышенное самолюбие, честолюбие; 5) синтонность, сравнительно частая изоляция от детского коллектива из-за постоянных вспышек; 6) хорошая продуктивность, настойчивость в работе, стимулом к чему обыкновенно является повышенное самолюбие; 7) угловатая моторика. Иногда наблюдаются добавочные симптомы в виде хвастовства, косметической лжи.

Сверстники за склонность к аффективным вспышкам называют их «горячими», «кипятком», в то время как эпилептоиды нередко получают прозвище «чумовых», «психов».

При воспитании наряду с уже указанными для циклоидов лечебно-педагогическими мероприятиями необходимо корректировать их взрывчатость. В ряде случаев хорошие результаты получают при шефстве над ними более выдержанных товарищей, обсуждение их поступков в детском коллективе, подведение рациональной базы для их самоутверждения, в отдельных случаях устранение стимулов, провоцирующих реакции.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з. Наиболее трудные отличия эксплозивных от эпилептоидной психопатии указаны при описании этой последней формы. Затруднения в диагнозе могут встретиться при отграничении от циклоидов (гипоманиакальных). Отличительными признаками служит: 1) отсутствие в анамнезе эксплозивных указаний на маниакально-депрессивный психоз или циклоидную психопатию у родственников, 2) аффективные вспышки по ничтожному поводу по типу короткого замыкания, 3) частая, хотя и не длительная, изоляция эксплозивных от коллектива из-за аффективных вспышек, 4) настойчивость, продуктивность в работе, 5) большая склонность к косметической лжи, 6) более угловатая моторика, 7) чаще встречающееся среди них атлетическое строение тела.

Отличия эксплозивных от нормы в дошкольном и дошкольном возрасте встречает иногда непреодолимые трудности, диагноз с достоверностью может быть поставлен лишь в более позднем возрасте (школьные годы).

Реактивно-лабильные. Одни авторы (Гуревич, Симсон, Сухарева) объединяют реактивно-лабильных с истероидной психопатией, другие (Клейст, Кан, Ганнушкин называет их эмотивно-лабильными, К. Шнейдер — психопатами с неустойчивым настроением — *Stimmungslabile*) выделяют ее особо, наконец, третьи (Блейлер, Гомбургер) о ней совершенно не упоминают. Объединение реактивно-лабильных с истероидами нам кажется неправильным, так как это, расширяя истероидный круг, делает его границы расплывчатыми. Нецелесообразность объединения истероидов с реактивно-лабильными мы видим также в том, что это патологическое развитие личности имеет свою симптоматику, правда, в нерезко выраженных случаях сближающую ее то с циклоидами, то с истероидами, то, наконец, с неустойчивыми психопатами (*Haltlose*) в толковании Крепелина.

В психике реактивно-лабильных на первом плане выступает неустойчивость их настроения. С хорошо выраженным, но неустойчивым жизненным тонусом, болтливые, общительные, зачастую простодушные и доверчивые, нередко несколько легкомысленные, они производят на окружающих впечатление хрупких, изнеженных недотрог, капризных, упрямых. Это впечатление чаще вызывается тем, что их настроение меняется по самому незначительному поводу, и нередко, не улавливая причин подобной смены настроения, окружающие бывают склонны расценивать их поведение как беспричинное упрямство, повышенное самолюбие, чрезвычайную щепетильность, обостренную ранимость и т. д. В самом деле ребенок, который только что оживленно играл с товарищами, вдруг нахмурился, нахохлился, отошел в сторону, при этом ни сверстники, да часто и он сам, не могут толком объяснить причину, вызвавшую смену настроения. А эти причины весьма разнообразны: тут и неудачная шутка, и обидное для самолюбия замечание, неудача, промах в игре, оставленный без ответа вопрос, неожиданно мелькнувшее неприятное воспоминание и многое другое, что у ребенка с иным складом психики проходит незаметно, не отражаясь на его настроении. Но если у реактивно-лабильного ничтожный повод может сбить настроение, то очень часто и возврат к прежнему бодрому, оживленному настроению совершается весьма быстро при самом незначительном изменении ситуации. Настроение в течение дня меняется по несколько раз. Некоторая поверхностность, неустойчивость их интересов, стремлений и желаний, известное легкомыслие все же не мешают им, постоянно ссорясь, высказывать более или менее длительную привязанность к сверстникам и взрослым; умение в ряде случаев подчинять свои интересы требованиям коллектива создает им репутацию хороших товарищей. В их поступ-

ках нет продуманности, плановости; они нередко действуют под влиянием первого пришедшего им в голову решения, а потому случайность в выборе мотивов часто обуславливает или отказ в последнюю минуту от ранее принятого решения или совершенно разное поведение при одной и той же ситуации, встретившейся в течение дня.

Если у них и наблюдается стремление выпятить свою личность на первый план, то все же желания казаться больше, чем они есть на самом деле, у них почти не отмечается. Отсюда естественность, простота в обращении, отсутствие рисовки, жеманства, театральности.

Девочки отличаются большей лабильностью настроения, большей склонностью к капризам, большей застенчивостью и робостью, более обостренным самонаклоном к гиперфантастике; у них также отмечается большая симптомокомплекс.

При воспитании реактивно-лабильных необходимо оберегать их от частой смены впечатлений; постепенно втягивать в работу, давая вначале небольшие задания, при выполнении которых ребенку необходимо видеть их эффективность. Необходим выдержанный тон, ясная формулировка требований (вначале лучше всего приятно эмоционально окрашенная), постоянная проверка их выполнения. В виду повышенной отвлекаемости привлечение их внимания (в школе желательна — первая парта) более частыми опросами, сменой различных раздражителей.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з. Характерную для реактивно-лабильных неустойчивость настроения нередко бывает крайне трудно отграничить от расстройств настроения, встречающихся у циклоидов и от реактивных смен у истероидов. Диагноз может быть поставлен лишь на основании совокупности симптомов, а не одного признака лабильности настроения.

Отличием от циклоидов служит: 1) большая зависимость настроения от внешних причин, 2) более частая смена и меньшая длительность колебания настроения, 3) меньшая продуктивность в работе, 4) более повышенная чувствительность, ранимость, чаще встречающаяся недооценка собственной личности, 5) большая неустойчивость во взглядах, вкусах, интересах, привычках, 6) более эмоционально окрашенное мышление, 7) меньшая психомоторная возбудимость, 8) большая уступчивость, меньшая настойчивость в отстаивании своих мнений, взглядов, интересов (меньше спорят — больше соглашаются).

Отличия от истероидов: 1) отсутствие стремления казаться больше, чем есть на самом деле, 2) естественность, простота в обращении, отсутствие жеманства, позерства, театральности, оригинальничанья, 3) отсутствие эксцентричности в поведении, 4) отсутствие резкого эгоцентризма, 5) повышенной склонности к фантастике, 6) способность к более длительной привязанности, к более глубокому чувству, 7) более точные восприятия, большая глубина мышления, 8) большая продуктивность в работе.¹

Заканчивая на этом описание отдельных видов психопатий и симптомокомплексов, наиболее часто встречающихся в детском возрасте, мы принуждены остановиться хотя бы в нескольких словах на выделяемых некоторыми авторами *психопатах с расстройствами влечений и антисоциальных психопатах*.

Крепелин выделяет психопатические личности с усилением нормальных влечений (*Triebmenschen. Steigerung normaler Triebe*) и патологически-импульсивных — с болезненными влечениями (*Pathologische impulsive-krankhafte Triebe*). Другими авторами подобные психопаты описываются под различными названиями: дисгармоничные (Гомбургер), инстинктивная конституция (Леви-Валенси), инстинк-

¹ Лишь только намечая отдельные симптомокомплексы «ограниченных задержек развития», мы далеко не исчерпали их многообразия и лишь поставили первые вехи длинного пути клинического изучения и систематизации этих состояний. Более или менее выдержанная классификация этих состояний будет возможна лишь тогда, когда будут изучены закономерности нормального развития ребенка.

тивные извращения (Р о г д е Ф ю р з а к) и т. д. Усилению нормальных влечений или их качественному извращению способствует врожденная или приобретенная слабость высших психических задерживающих, тормозящих центров, в силу чего влечения, становясь непреодолимыми, принимают импульсивный характер. От навязчивых влечений импульсивные отличаются своей неожиданностью, отсутствием предшествующей более или менее продолжительной стадии борьбы с влечением; при навязчивых состояниях дело обыкновенно ограничивается собственно влечением, обычно или не претворяющимся в действие, или (что бывает значительно реже) претворяющимся после длительной борьбы.

Обыкновенно наиболее детально описываются половые аномалии — извращения, причем некоторые авторы особо выделяют половую психопатию (например сексуальные психопаты — Кан) — термин, который (в чем мы полностью согласны с Ганнушкиным) должен считаться совершенно неправильным. Мы не будем заниматься перечислением разнообразных форм половых аномалий (у Кана встречается 14 подразделений), ограничившись лишь указанием, что для конституциональных психопатов (схизоиды, циклоиды, эпилептоиды), а также и для детей с ограниченными задержками развития следует считать более или менее характерным своеобразную незрелость, неполное развитие сексуальной жизни, раннее ее пробуждение, остановку на различных инфантильных периодах. В детской практике у психопатических личностей чаще приходится встречаться с рано (в преддошкольном, дошкольном возрастах) пробудившимися половыми ощущениями, которые бывают подчас настолько сильно выражены, что целиком заполняют содержание психики.¹ Нередко подобные половые ощущения находят себе выход в онанизме — «половом возбуждении и половом удовлетворении без помощи реального партнера» (Кронфельд), в попытке совершения полового акта эксгибиционизме — обнажении половых органов в присутствии лиц другого пола. Было бы совершенно неправильным всякий случай онанизма у детей расценивать как половую аномалию, трактовать такого ребенка как психопата, так как онанизм весьма распространен среди детей, не имеющих никаких отклонений в психике. Сказанное достаточно ярко иллюстрируется данными, заимствованными из разных анкет: анкета Гельмана (1922 г.) устанавливает 52,8% онанистов мужчин и 14,8% женщин; Бреславльская анкета — 80,0% мужчин, анкета 1904 г.: московское студенчество — 73,4% онанистов мужчин. Харьковское студенчество (анкета 1903 г.) — 64,1% мужчин, по данным Кана среди учащихся высших женских курсов — 52,0%. Меньший процент онанистов среди своих испытуемых Гельман объясняет тем, что его «анкета имела дело с рабоче-крестьянской молодежью, значительную часть своей жизни проведенной в деревне, в сравнительно здоровой в области половой жизни среде. Трудовая среда дает меньше возбуждающих

¹ По данным Гельмана («Половая жизнь современной молодежи». Гиз. 1925 г.) первое появление половых ощущений у нормальных мужчин встречалось в возрасте 5 — 6 лет в 1,9% всех (1 178) обследованных им случаев, у женщин в том же возрасте — в 1,0%; в 7 — 8 лет — 6,9% мужчин, 5,0% женщин. По анкете высших женских курсов (1914 г.) половое ощущение у женщин в возрасте 5 — 6 лет вовсе не встречалось, в возрасте 7 — 8 лет — в 9,0%.

импульсов, чем среда буржуазная, насыщенная праздностью и психическими раздражителями». ¹

Явления *садизма* (сексуальное удовлетворение, связанное с насилием, мучением, жестокостью, причиняемыми партнеру) и *мазохизма* (половое удовлетворение при наличии боли, страданий, мучений, причиняемых партнером) по предложению Э й л е н б у р г а объединяются в общем названии *альголагнии*. Садизм у детей встречается несколько чаще мазохизма и распространяется не только на других детей, но иногда и на взрослых: ласкаясь, неожиданно кусают, больно щиплют, колют и т. п. Нередко садистические тенденции выявляются также в отношении животных, которых мучают, жестоко истязают, беспощадно бьют.

Гомосексуализм — противоестественное влечение к лицам одноименного пола. В происхождении гомосексуализма громадную роль играют внешние факторы: заражение дурным примером, соблазны со стороны товарищей, избыток энергии, не находящей правильного оттока, привычка к половым сношениям с лицами противоположного пола и т. п. С гомосексуализмом приходится встречаться или у беспризорных ребят, или же иногда у ребят, живущих в плохо поставленных детских учреждениях, и в таких случаях он должен быть целиком отнесен на уродство, недостатки, неполадки, некультурность быта. На ряду с этим в отдельных, не частых случаях в происхождении гомосексуализма могут помимо соответствующих психических механизмов играть роль и прирожденные аномалии желез внутренней секреции (преимущественно половых).

Зоофилия (содомия, скотоложество) — половое сношение с животными на ряду с психопатами встречается также у детей и подростков, не имеющих никакихклонений в психике, принужденных по роду своих занятий (обыкновенно пастухи) ухаживать за животными. Часто здесь играют роль дурной пример товарищей, соблазны, нередко недостаточно развитый интеллект (олигофрения).

Извращение влечения, описываемого под именем *клептомании*, — непреодолимое влечение к воровству, когда похищают совершенно ненужную, не имеющую никакой цены вещь, которую потом иногда подкидывают, возвращают, — нам в нашей практике не встречалось ни разу. А н т е о м на основании своего богатого судебно-экспертного опыта приходит к полному отрицанию клептомании. К сожалению, в общепитии этот термин иногда употребляется весьма неразборчиво, когда он приклеивается к несовершеннолетним, более или менее длительно занимающимся имущественными правонарушениями.

Другие формы непреодолимых влечений, носящих импульсивный характер (пиромания, дромомания и пр.), также не являются самостоятельными особыми формами психопатии, а лишь как известный симптом встречаются при различных психопатиях и самых разнообразных психических заболеваниях. ²

Совершенно неправомерным является также выделение как особой формы психопатии — *морально дефективных, этически отсталых, антисоциальных психопатов*, якобы характеризующихся «врожденной моральной недостаточностью». Этим термином в клиническую психиатрию вводится принцип социальной оценки, в виду чего выделение особой формы психопатии на основании признака «анти-социальности» приводит на практике к перифразу учения Ломброзо «о врожденном преступнике» (биологизация социальных явлений).

¹ Мы не имеем возможности подробно остановиться на онанизме у детей и подростков и отсылаем к исчерпывающей монографии А. Залкинда «Половое воспитание», 1930 г., в которой по этому вопросу даны весьма ценные педолого-педагогические сведения и практические указания.

² Красочное описание различных «пироманов» можно найти в рассказе М. Горького «Пожары».

Приписывая «антисоциальным психопатам» своеобразный склад психики (агрессивность, взрывчатость, лживость, хитрость, притворство, цинизм, эмоциональную тупость и т. д.), авторы, выделяющие эту форму психопатии, путают причину с следствием: особенности психики являются лишь *напластованиями*, образовавшимися в результате правонарушительской деятельности ребенка, его образа жизни, а не прирожденными чертами его характера, толкнувшими его на антисоциальный путь. Эти напластования снимаются в процессе перевоспитания ребенка. В основе антисоциального поведения лежат социальные причины, а потому асоциальные поступки совершаются как нормальными, так и весьма разнообразными с клиническо-биологической точки зрения (психопаты, психически больные) детьми и подростками. В силу этого с клинической точки зрения не только неправильно говорить об особой группе «антисоциальных психопатов», но выделение подобной группы приводит на практике к разоружению в борьбе за перевоспитание некоторой части несовершеннолетних правонарушителей, которые попадают в разряд «неисправимых», «врожденных преступников». Роль советской психоневрологии, педологии, дефектологии в этом вопросе сказалась в том, что 2-ой Съезд по социально-правовой охране несовершеннолетних (26/XI—I/XII 1924 г.) признал совершенно недопустимым деление детей на нормальных и так называемых «морально-дефективных», «этически-дефективных», «этически-отсталых». Одним из пионеров в борьбе против реакционной сущности учения о «моральной дефективности» был А. З а л к и н д, весьма четко формулировавший методологически правильную точку зрения по этому вопросу ¹

XV. РЕАКТИВНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА.

Под реактивными психическими расстройствами принято понимать такой тип реагирования, в котором психическое влияние (травматизирующее воздействие различных тяжелых переживаний в связи с внешними неблагоприятными условиями среды или отдельными жизненно-эпизодическими факторами) является не только поводом, но и *непосредственной причиной* заболевания. При этих расстройствах реакция и переживание находятся во временной и родственной связи, идентичны по своему содержанию: вместе с отреагированием переживания угасает и реакция, по прошествии реактивного расстройства психические механизмы восстанавливаются в том же виде, в каком они были и до заболевания. Реактивные психические расстройства (встречающиеся как у совершенно нормальных детей, так значительно чаще у психопатических личностей) служат обыкновенно целям исполнения желаний, обезопасения, защиты, бегства от неприятной, тяжелой действительности и т. д.

Крепелин реактивные психические расстройства классифицировал следующим образом: 1) невроты деятельности (*понопатии*), 2) психозы общения (*гомилонатии*), 3) психозы от превратностей судьбы

¹ См. его статью «Психопаты ли беспризорные?» Вестник Просвещения, № 1924 г.

(симбанотопатии), описывая отдельно от этих групп неврозов и психозов истерию. К понопатиям он причислял нервное истощение— *die nervöse Erschöpfung* (неврастения в широком смысле в понимании старых авторов) и невроз ожидания, к гомилопатиям — индуцированное помешательство и бред преследования тугоухих, к симбанотопатиям — неврозы в связи с несчастными случаями (невроз страха, травматический невроз), психогенные заболевания заключенных и сутяжное помешательство.

А. Гомбургер различал *реакцию среды* (*Milieureaktionen*), возникающую в связи с раздражениями из окружающей среды, *реакции ситуации* (*Situationsreaktionen*), обязанную своим происхождением некоторым исключительно неблагоприятным обстоятельствам, особенно активно подействовавшим на психику, *реакцию потрясения* (*Erschütterungsreaktionen*) на сильно действующие, внезапные, неожиданные переживания, раздражения, травмы (испуг, шок, катастрофа и т. д.).

К сожалению, приходится констатировать, что в настоящее время еще нет общепризнанной классификации реактивных психических расстройств и обыкновенно все сводится к перечислению эмпирически наблюдаемых различных форм, которые группируются то по этиологическому признаку, то на основании одного или нескольких случайно выхваченных симптомов. Это обстоятельство в известной степени служит оправданием и нашей классификации этих расстройств. В понятии «реактивные психические расстройства» мы объединяем реакции, не только непосредственно вызванные, обусловленные разнообразными, травмирующими психику, тяжелыми, неприятными, устрашающими и т. п. переживаниями, связанными с внешними условиями жизни, неблагоприятным влиянием среды (*психогенные реакции—психоневрозы*), но также и реакции, возникающие (при отсутствии заболевания, поражения органов) в связи с теми или иными соматогенными (телесными) факторами, в дальнейшем закрепленными психогенными моментами (*соматогении*).

Психогенные реакции (психоневрозы).

Термин «невроз» введен в 1776 г. Келленом (Cullen) для обозначения ряда невропатологических симптомов, относящихся в том числе и к некоторым органическим заболеваниям нервной системы. В таком понимании термин удержался до первой половины XIX в., когда нервные заболевания (неврозы) стали приурочиваться к определенному отделу нервной системы (так например, в то время причиной невроза считали раздражение спинного мозга, локализуя в нем и головную боль, и боль в ушах, также связывая с ним всевозможные «половые неврозы»). Во второй половине XIX в. предпринимаются попытки установления точной патолого-анатомической основы для нервных заболеваний, и те из них, в которых анатомическая основа оставалась неизвестной, получают название «функциональных неврозов». «Именем неврозов—говорит Реймон (Raymond)—согласились обозначать некоторые страдания нервной системы без органических поражений, открываемых современными методами исследования». По мере возрастания успехов патологической анатомии и физиологии число этих неврозов резко уменьшается, а прогресс экспериментальной психологии и психиатрии выдвигает на первый план психическую обусловленность неврозов, что впервые в 1859 г. подчеркнул Брике (Briquet). Более отчетливо участие психики в происхождении неврозов отметил в 1904 г. Дюбуа (Dubois), предложивший вме-

сто термина «невроз» — «п с и х о н е в р о з». Дюбуа считал, что термином «психоневроз» эти расстройства отделяются от психических заболеваний, но в то же время первой половиной термина («психо») подчеркивается психическая природа болезни, второй же своей половиной («невроз») термин указывает на функциональный характер нервного расстройства. Понятие «функциональный» приобретает при этом не только отрицательный характер в смысле отсутствия анатомических изменений нервной системы, но и положительный, так как в противовес грубо-морфологическому выдвигается динамическое понимание болезненных явлений.

Свое дальнейшее развитие учение о неврозах получило у Пьер Жана (P. Janet), рассматривавшего невроз как нарушение динамики соотношения высших и низших функций организма. Наиболее ярко психическое происхождение неврозов отобразилось в учении Фрейда (S. Freud), придававшего в этом происхождении большее значение низшим психическим функциям — подсознательному («оно»). Невроз в понимании Фрейда является следствием тяжелых внутренних конфликтов, конфликтов между «я» и «оно». «Невроз — говорит Фрейд — заменяет в наше время монастырь, в который обычно удалялись все те, кто разочаровывался в жизни или чувствовал себя слишком слабым для нее». Для буржуазной науки является типичным превознесение индивидуальных моментов над социальными, а для Фрейда, в связи с его практикой среди крупной буржуазии, кроме того, — выдвижение на первый план сексуальных факторов. Главную и единственную причину в происхождении психических конфликтов Фрейд находит в сексуальном влечении. Психические симптомы, как учит Фрейд, превращаются, «конвертируются» в телесные. «У Фрейда все будущее определяется прошедшим» (Вексберг).

Не вдаваясь в подробный критический разбор ошибок учения Фрейда, укажем лишь на то, что, противопоставляя «сознательное» «бессознательному», придавая последнему решающее значение, усматривая конфликт между личностью и средой исключительно в биологическом моменте (это сексуальные влечения личности), совершенно игнорируя ведущее в психике социально-классовое начало, Фрейд с его учением о неврозах легко может стать источником для целого ряда реакционных выводов, что в действительности и имело место, когда это учение воспринималось некритически.

А. Адлер (Adler), ученик Фрейда, разошелся с ним в понимании сущности невроза. Считая сексуальные моменты вторичными, производными, Адлер видит основу невроза в конфликте между возможностью и желанием, а стремление к самоутверждению рассматривает как первичный феномен. «Цель человеческой психики — это воля к могуществу» (Wille zur Macht), т. е. стремление к самоутверждению, превосходству, первенству. Источником возникновения стремления к самоутверждению Адлер считает биологическую неполноценность человека с точки зрения природы и ощущение им этой неполноценности (Minderwertigkeit und Minderwertigkeitsgefühl). Чтобы избежать этой неполноценности, человек не только стремится к компенсации, но и сверхкомпенсации. У ребенка стремление к самоутверждению, компенсации своей неполноценности появляется уже не первом году жизни, так как он чувствует превосходство взрослых. Если взрослые, с одной стороны, проявляют свое преимущество перед ребенком, то, с другой стороны, они вынуждены считаться с его слабостями. Первый момент порождает у ребенка чувство неполноценности, второй — используется им для защитных целей. Подобное чувство неполноценности приводит к неврозу в тех случаях, когда возможности и желания вступают в конфликт, а это чаще всего бывает при физической недостаточности ребенка, при неудовлетворительной социально-экономической обстановке, неправильном воспитании и пр. Для развития невроза необходима совокупность действия причин, так как каждая из них в отдельности «может способствовать неврозу, но не требует его с необходимостью, так же, как и других аномалий поведения».

Учение Адлера положительно с точки зрения известных моментов правильного воспитательского подхода к ребенку (разумная компенсация недостаточности, изживание чувства собственной неполноценности, приковывание взгляда к конфликтам развития в детстве) таит в своей основе много недостатков. Наиболее существенным является непонимание Адлером основ и законов развития и существования общества; возникновение психики Адлер выводит из биологической слабости человека, которая и заставляет людей объединяться в общество; ни одним словом он не упоминает о роли труда, что стоит в резком противоречии с классиками марксизма. Отсюда и второй недостаток учения Адлера «о чувстве общности», где сквозит ничем неприкрытая идеалистическая концепция. «Чув-

ство общности — космическое чувство, отблеск связи всего космического, которое в нас живет, от которого мы не можем отделаться и что дает нам возможность вчувствоваться в вещи, которые лежат за пределами нашего тела». «Чувство общности» Адлер считает прирожденным. В связи с этими установками Адлера в его учении проскальзывает детерминизм развития ребенка и взрослого, здоровом и невротика, которые движутся по одинаковым путям. В учении о бессознательном Адлер целиком повторяет Фрейда.

Если отбросить перечисленные нами недостатки, то, как уже было выше сказано, в учении Адлера можно найти и ряд ценных моментов для понимания невротиков и их коррекции.

Крепелин, а в последнее время Кречмер рассматривают невроз, как результат модифицированных первобытных средств защиты («рефлекс мнимой смерти», «рефлекс бури движений» Кречмера), когда невозможен или почему-либо не найден выход из сложной ситуации при помощи высших механизмов. К этому взгляду до известной степени приближается и учение Павлова, рассматривающего невротические симптомы как результат конфликта между процессами торможения и возбуждения в коре головного мозга.

Отсутствие единого понимания этиологии и сущности неврозов привело к тому, что понятие «психоневроз» стало широким, расплывчатым и вопрос о нем, как о самостоятельной единице, ставится рядом авторов под сомнение. Так например, Бумке в докладе на Кассельском съезде невропатологов (1925 г.) высказался, что «психоневрозов нет уже давно. Они слились с психопатиями и реактивными психозами... термин «психоневроз» сохраняется только вследствие боязни широкой публики перед названием «душевная болезнь». Аналогичная точка зрения высказывалась также в некоторых докладах и на московской конференции невропатологов и психиатров (1933 г.), посвященной проблеме психоневрозов.

Действительно, термин «психоневроз» для настоящего времени в известной степени уже утратил свои права гражданства, но, как привычный, он все же еще может быть пока сохранен для клинического обихода. В дальнейшем изложении *под психоневрозом* мы будем понимать *психогенную реакцию*, далеко превосходящую по своей силе нормальную психо-биологическую реакцию.

Из отдельных психогенных реакций мы рассмотрим наиболее часто встречающиеся у детей.

Псевдоневрастения. Мы употребляем этот термин с целью подчеркнуть отличие этой психогенной реакции от неврастении, так как клиническая картина до некоторой степени имеет внешнее сходство с симптомами при истощении нервной системы. Псевдоневрастению скорее можно причислить к «неврозам деятельности» Крепелина, чем к неврозам истощения, так как она проявляется в тех случаях, когда личность не справляется с требованиями, предъявленными ей тем или иным видом работы, деятельности. Эту форму психогенной реакции обуславливают аффективные трудности, а не переутомление, истощение нервной системы. Хотя обыкновенно псевдоневрастения и жалуются на усталость (субъективное ощущение утомляемости), но объективно утомление ничем не проявляется. Нередко случается, что воодушевленные работой, переключенные на другой вид деятельности, они не только не испытывают никакой усталости (несмотря на то, что новый вид работы может быть и более трудным), но часто при этом бывают более продуктивны, чем их сверстники.

У детей псевдоневрастения обыкновенно возникает в тех случаях, когда к ним сообразно их возрасту предъявляются новые требова-

ния (например начало систематического обучения, посещение группы в детсаду и т. д.) или в процессе прежней деятельности возникают какие-либо затруднения (например большая ответственность, самостоятельность и т. д.).

Симптомы псевдоневрастения весьма разнообразны, но все же их в основном можно свести в следующую клиническую картину. Ребенок становится капризным, плаксивым, раздражительным, жалуется на общую разбитость, усталость, невозможность сосредоточиться на работе, затрудненное соображение, забывчивость и т. д. На фоне общего понижения самочувствия нередко отмечаются колебания настроения от полной апатии (иногда тяжелой тоски) до приподнятого, весело-возбужденного, капризно-раздражительного состояния. (Последнее отмечается значительно реже.) В течение дня настроение меняется по несколько раз, колебания настроения стоят в тесной связи с внешними факторами. Сравнительно частые колебания настроения отмечаются в раннем возрасте (дошкольный), в более позднем возрасте обыкновенно наблюдается депрессивный фон. На ряду с пониженным самочувствием отмечаются жалобы на головную боль, головокружение, неприятные ощущения в голове — «тяжесть», «чувство жара», «сдавливание черепа», на самые разнообразные местные боли (*топалгии*) — боль в позвоночнике, руках, ногах и т. п. Перечисленные симптомы иногда неослабно держатся в течение всего периода заболевания, иногда же имеют тенденцию исчезать и вновь появляться, иногда приурочиваясь при этом к определенному неприятному моменту, которого ребенок хочет избежать: например головная боль, появляющаяся с утра и держащаяся до окончания школьных занятий. В отдельных случаях отмечаются сосудисто-сердечные расстройства (в виде легкой возбудимости, быстрой смены сердечного ритма, иногда аритмии, замедления пульса), а также и расстройства пищеварения (отсутствие аппетита, капризный, избирательный аппетит, запоры, поносы).

Весьма часто отмечается расстройство сна. Дети долго не засыпают, перед сном обыкновенно бывают психомоторно-возбуждены; сон чуткий, с частыми перерывами, более крепкий под утро, что в отдельных случаях является причиной ночного недержания мочи. Утром встают неосвеженные, разбитые, с чувством усталости; с капризами, с плачем, оставляют кровать, используя всякий предлог, чтобы подольше в ней задержаться. В отдельных случаях в борьбе с бессонницей они прибегают к онанизму, как к своеобразному «снотворному» средству.

Довольно частым симптомом является психомоторное возбуждение: быстрая, торопливая речь, «беспокойство рук», суетливость, перескакивание с места на место. В других случаях наблюдается психомоторная заторможенность, склонность к уединению, что чаще встречается у детей, страдающих головными болями, а потому не переносящих шума, подвижных игр и т. п.

Фиксация переживаний на своем здоровье нередко развивает мнительность, боязнь за свое здоровье, а так как псевдоневрастения является защитной реакцией от неприятной ситуации, то симптомы заболевания бессознательно аггравировются (преувеличиваются), чтобы подчеркнуть важность, серьезность заболевания.

При психоневрологическом исследовании иногда (все же сравнительно нечасто) отмечаются указанные раньше сосудисто-сердечные изменения (функциональная проба сердца), а также дрожание вытянутых и растопыренных пальцев рук, влажные, холодные, синюшные конечности, повышенная потливость, усиление сухожильных рефлексов, резко выраженный (разлитой, долготеллекта расстройств, на которые жалуется ребенок (плохая память, трудность соображения и т. п.), обычно не отмечается. При подтверждении экспериментом жалоб следует всегда задуматься над тем, не является ли псевдоневрастения результатом повышенных требований к слабо одаренному ребенку или не манифестирует ли псевдоневрастенический симптомокомплекс какого-либо другого психического заболевания. Также не меньшую осторожность следует проявлять при оценке понижения работоспособности у псевдоневрастеника. Колебания работоспособности, хорошие результаты при отвлечении внимания, подбадривании, при переключении на другую работу скорее будут говорить за псевдоневрастению, чем против нее.

Течение. В свежих случаях, когда обнаружены и устранены неблагоприятные моменты, вызвавшие защитную реакцию, заканчивается и псевдоневрастения, и ребенок возвращается к тому состоянию, которое было до заболевания. В случаях запущенных, где трудно из-за напластования различных факторов указать, какой из них является наиболее неблагоприятным, травмирующим, или когда нет возможности изменить неблагоприятную ситуацию, — течение принимает затяжной характер. В таких случаях необходимо длительное перевоспитание, конечной целью которого является *постановка ребенка над ситуацией*, т. е. привитие ему навыков и умений лучшего приспособления к действительности, умение преодолеть данную неприятную ситуацию. Во всяком случае, при оценке видов на будущее псевдоневрастеника следует считаться как с тяжестью, так и с возможностью устранения момента, породившего защитную реакцию, с конституциональным фоном, возрастом, интеллектуальным развитием и т. п.

Распознавание псевдоневрастения до некоторой степени базируется на том, что в анамнезе ребенка сравнительно часто отсутствуют указания на вредные моменты, истощающие нервную систему. По сравнению со сверстниками эти дети не перерабатывают, не переутомляются больше их, хорошо питаются, а потому причину их невроза следует искать не в истощении нервной системы, а в возникающих в связи с той или иной ситуацией аффективных трудностях. На целевую установку реакции и должно быть обращено внимание при распознавании. Что псевдоневрастения сравнительно чаще встречается среди детей, находящихся в благоприятной социально-бытовой обстановке (часто единственные дети), на это обращено внимание давно, и уже Г и л ь т и (Hilty) утверждал, что лучшей почвой для этой формы реакции являются «самые здоровые условия жизни». Однако это утверждение Гильти односторонне, так как псевдоневрастения может возникнуть при любых условиях жизни, и иногда отмечаются в анамнезе переутомление ребенка или другие вредные

моменты, истощающие нервную систему, могут дать повод для смешения с неврастением.

В отдельных случаях могут возникать затруднения в отграничении псевдоневрастения от истерии, а также от шизофрении и прогрессивного паралича. О дифференциально-диагностических отличиях от этих заболеваний сказано при их описании.

Невроз ожидания (Erwartungsneurose). Невроз ожидания следует рассматривать лишь как *симптомокомплекс*, при этом еще недостаточно четко очерченный. Эта форма психогенной реакции характеризуется тем, что у ребенка появляются постоянные опасения (ожидания) оказаться не в состоянии выполнить ту или иную функцию. В повседневной жизни мы проделываем привычные для нас движения — автоматизированные движения (речь, ходьба, письмо, игра на инструменте и многие другие), «не задумываясь», не опасаясь того, что движение почему-либо не удастся. При неврозе ожидания привычные движения совершаются под постоянным контролем внимания (из автоматизированных становятся сознательными), в силу чего они или тормозятся, или вовсе не удаются, или теряют свою плавность, уверенность, законченность, сопровождаются большим количеством излишних содружественных движений. Причины для привлечения контроля внимания к автоматизированным движениям, т. е. другими словами, причины развития невроза ожидания, — весьма разнообразны, но все они в основном сводятся к чувству собственной неполноценности (*Minderwertigkeitsgefühl*), когда ребенок, смущаясь, боясь показаться смешным, выглядеть хуже окружающих, теряет уверенность в том, что ему удастся без помехи осуществить тот или иной двигательный акт. Как на пример такой потери уверенности в своих движениях, можно указать на робкого, застенчивого, смущающегося ребенка, который, попадая в незнакомую обстановку, за все цепляется, роняет вещи, спотыкается, падает. Таким образом конечным итогом невроза ожидания являются самые разнообразные «заикания»: заикающаяся речь, заикающееся письмо, походка и т. д.¹ Само собой разумеется, что не всякий речевой заика будет невротиком, так как наряду с неврозом речевое заикание может быть обусловлено и другими причинами.²

Течение невроза в значительной степени зависит от раннего распознавания психогенных корней, так как иногда расстройство трактуют как чисто соматическое, фиксируют на нем внимание больного, развивая в нем таким образом еще большую неуверенность в себе. Предоставленный самому себе, невроз имеет тенденцию ухудшаться. Несмотря на то, что невроз ожидания чаще моносимптоматичен, т. е. заболевание проявляется каким-нибудь одним симптомом, обыкновенно приходится иметь дело с конституционально-неполноценными детьми, а потому лечение не может ограничиваться только устранением этого симптома, а должно быть направлено на перевоспитание личности в целом, так как иначе возможны частые рецидивы.

¹ Невроз ожидания, проявляющийся в виде речевого заикания, некоторые авторы называют «логоневрозом».

² Из приведенного описания невроза ожидания видно, что в объяснение его механизма может быть положена (с известными ограничениями) концепция Адлера о чувстве собственной неполноценности (*Minderwertigkeitsgefühl*).

Распознавание в выраженных случаях не представляет больших затруднений, все же следует иметь в виду, что невроз ожидания иногда бывает крайне трудно отграничить от истерии, астенической психопатии, а также и от некоторых психозов (в частности, от шизофрении).

Невроз испуга. Инстинкт самосохранения в его защитной форме выражается в реакции страха, примером чего может служить страх падения, возникающий самопроизвольно у новорожденных детей. Относительно утверждения, что дети инстинктивно пугаются темноты, мнения исследователей расходятся, но все же большинство склонно объяснять эту реакцию страха не как инстинктивную, а связывать ее с теми или иными причинами: отсутствие обычных стимулов, привычных шумов, «запугивание темнотой» и т. д. Источниками разнообразных страхов у детей (боязнь одиночества, явлений природы — грома, бури и т. д., боязнь чужих людей, незнакомой обстановки, боязнь животных и пр.) в основном являются не предметы или явления сами по себе, а их непонятность, беспомощность перед ними. Концепция Фрейда, что страхи у детей являются подавленным, замаскированным, сексуальным желанием, не может быть принята, так как верная для отдельных, сравнительно немногочисленных случаев, она сама по себе не в состоянии в целом ряде случаев объяснить источник происхождения страха. Если исключить случаи детских страхов (о ночных страхах мы здесь не говорим), являющихся в подавляющем проценте результатом неправильного воспитания, взять за скобки страхи в понимании Фрейда, то говорить о неврозе страха, как о самостоятельной форме, вряд ли целесообразно, так как с различными проявлениями страха мы встречаемся как у астенических, так и у других психопатических личностей. В подобных случаях правильно выделять не отдельный симптом, а рассматривать личность в целом.

С только что указанными оговорками следует рассматривать и «невроз испуга», под которым понимают психогенную реакцию, возникающую в результате внезапно подействовавшего на психику раздражителя. Здесь мы опишем наиболее частые в детской практике симптомы комплексы. Обыкновенно после сильного испуга отмечается томокомплексы. Обыкновенно после сильного испуга отмечается недлительная заторможенность, сознание ясное, но ребенок пуглив, прячется в угол, вскрикивает при неожиданном шуме, стуке. К вечеру часто нарастает психомоторное возбуждение: ребенок суетлив, беспокоен, озирается по сторонам; иногда высказывает отрывочные бредовые идеи, нередко отмечаются иллюзорные восприятия. Сон беспокойный, чуткий, кошмарные сновидения. В других случаях после незначительной заторможенности, наступившей вслед за испугом, в дальнейшем наблюдаются значительная рассеянность, запуганность, повышенная утомляемость, пугливость, капризно-разбывчивость, расстройство со стороны сосудисто-сердечной системы (лабильный, легко возбудимый пульс). Наконец, в ряде случаев все сводится к одному-двум симптомам: кошмарные сновидения и расстройство со стороны сосудисто-сердечной системы, иногда только к заиканию или же к недержанию мочи днем и ночью. Течение во всех случаях при правильном лечебно-педагогическом подходе благоприятно, и ребенок возвращается к своему обычному, бывшему до заболевания, состоянию.

Распознавание не представляет трудностей, когда между испугом и реакцией на него устанавливается непосредственная связь. При распознавании всегда следует иметь в виду склонность окружающих приписывать испугу большую роль, чем это есть на самом деле, а потому в таких случаях за неврозом (спутанное сознание, бредовые идеи и пр.) не просматривать дебюта начинающегося психического заболевания (например шизофрении). В отдельных случаях могут встретиться трудности при отграничении от истерической реакции. Следует помнить, что невроз испуга представляет сильную, но все же качественно нормальную реакцию, в то время как при истерической реакции возникают свои собственные симптомы. Кроме того, при истерической реакции всегда есть явная или скрытая цель желания быть больным, при неврозе испуга этого нет. Наконец, затяжное течение и рецидивы без наличия новых раздражителей скорее будут говорить за истерическую реакцию.

Реактивная депрессия.¹ Вслед за каким-нибудь особенно тяжелым переживанием у ребенка развивается подавленное настроение, которое по существу есть не что иное, как более выраженная значительно усиленная нормальная реакция. Ребенок нередко знает причину тоски, связывает ее с определенным пережитым тягостным моментом; обыкновенно в таких случаях ищет помощи и поддержки у окружающих. На фоне депрессивного настроения иногда отмечается капризность, раздражительность, повышенная требовательность и т. д. В некоторых случаях отвлечение ребенка от тяжелых воспоминаний выводит его на известное время (иногда на несколько часов) из состояния депрессии, когда он становится более оживленным с тем, чтобы снова впасть в подавленное настроение. У очень маленьких детей (включая сюда и дошкольный возраст) реактивная депрессия встречается крайне редко и при этом весьма недлительна. Чаще приходится встречаться с депрессией в препубертатном и в особенности в пубертатном возрастах и притом у девочек чаще, чем у мальчиков. Длительность заболевания сравнительно невелика: от нескольких дней до месяца. Следует иметь в виду большую склонность в этих состояниях к самоубийству. О дифференциально-диагностических отличиях уже сказано при описании циклоидов.²

Соматогении.

Неврастения. Одним из видов соматогении является неврастения, обусловленная наличием тяжелых истощающих моментов (напряженная, непосильная работа, недоедание, недосыпание, половые

¹ Мы уже упоминали о том, что шизоидная, эпилептоидная, истероидная реакции часто в дальнейшем перерастают в форму патологического развития личности («эпилептоидизация», «шизоидизация», «истеризация»), а потому мы описываем их в разделе «Ограниченные задержки развития». Что касается реактивной депрессии, то оно сравнительно мало или совсем (если только она не повторяется очень часто) не отражается на дальнейшем ходе развития личности, а потому мы ее и описываем в настоящей главе.

² Бывают ли у детей аналогичные депрессии реактивные гипоманиакальные состояния, мнения расходятся: одни авторы их нацело отрицают, другие считают, что они все же бывают, но крайне редко. В нашей практике нам с ними встречаться не приходилось.

излишеств, инфекционные болезни, нередко следующие одна за другой, и т. п. Оказывает также влияние и длительное аффективное перенапряжение).

Крепелин описывает неврастению как нервное истощение (*die nervöse Erschöpfung*), и действительно при неврастении подобное истощение имеется налицо, что прежде всего сказывается в объективно констатируемых симптомах повышенной утомляемости: рассеянное, с трудом сосредоточиваемое внимание, затруднение интеллектуальной деятельности, быстрая истощаемость в работе и т. п. Общее самочувствие понижено, настроение неустойчивое с преобладанием тоскливости и раздражительности. В связи с соматическими расстройствами, встречающимися при неврастении, возникают и другие психогенные реакции на те требования, которые предъявляет среда.

Расстройства вегетативной нервной системы сказываются ощущением тяжести в голове («несвежая голова»), головными болями с склонностью к локализации их в отдельных местах черепа («гвоздь в голове»), головокружениями, чувством физической слабости, потерей аппетита, вялостью кишечника. Значительно выражены расстройства сна: к вечеру ребенок бывает психомоторно возбужден, долго не может заснуть, часто просыпается, утром встает, не выспавшись, разбитый, более усталый, чем вечером. Нередко сон прерывается кошмарными сновидениями или сновидениями, связанными с деятельностью ребенка, когда ему снится, что он не успел, не выполнил задания, сделал его не так и пр. Сравнительно часто отмечаются также нарушения со стороны сосудисто-сердечной системы: сердцебиение, легкое изменение сердечного ритма, аритмия. Конечности влажны, холодны наощупь, ощущение жара в теле, дрожание пальцев, рук, век, языка, подергивание круговой мышцы глаза («глаз дергается»), резкий дермографизм, высокие коленные рефлексy — дополняют картину расстройства со стороны нервной системы.

Несмотря на наличие этих расстройств, неврастеник редко прекращает работу, пытаясь во что бы то ни стало довести ее до конца, но сознание своей недостаточной работоспособности его сильно беспокоит, резко отражаясь на его настроении. При малейшей удаче в работе быстро оживляется, также приподнимают настроение подбадривания, уговоры, помощь.

По свидетельству большинства авторов неврастения у детей встречается крайне редко, и если приходится иметь с ней дело, то несколько чаще у мальчиков.

Течение неврастения как соматогенного заболевания в значительной степени определяется тяжестью вызвавших ее причин, возможностью их быстрого устранения, рано и рационально проводимым лечением. При лечении следует остерегаться приучать больных к постоянному наблюдению за симптомами своего заболевания, необходимо проявлять большую осторожность в безответственных советах «щадить себя, не переутомляться», а, наоборот, точно дозировать работу и отдых. На ряду с режимом проводится также общеукрепляющее лечение.

Распознавание неврастения представляет большие трудности, и при дифференциальном диагнозе требуется большая осторожность,

так как сплошь и рядом за «неврастеническими симптомами» рассматривают начало того или иного психического заболевания.

Особенно большая осторожность требуется при отграничении от начинающейся шизофрении. Улучшение общего состояния после устранения причины заболевания и рационально проведенного лечения является иногда достаточно хорошим опознавательным признаком, говорящим за неврастение. Хороший контакт неврастеника, отсутствие аутизма, его стремление, тяга к работе, несмотря на ее малую продуктивность, непритупленная эмоциональная чувствительность, большей частью конкретное мышление — все это вместе взятое также может служить подспорьем при дифференциальном отличии от шизофрении.

От псевдоневрастения неврастения отличается тем, что при псевдоневрастении обыкновенно: 1) отсутствуют указания на моменты, могущие вызвать переутомление; 2) отмечается скорее «бегство в болезнь», желание избежать работы, в то время как у неврастеника «воля к здоровью», тяга к работе; 3) отсутствие объективно констатируемых симптомов утомления; 4) менее выраженная картина соматических расстройств; 5) психогенное происхождение и психогенное лечение заболевания, быстрая эффективность результатов лечения.

Вегетативные неврозы. Хотя неврастения до известной степени относятся к вегетативным неврозам, все же мы выделяем ее из этой группы заболеваний с тем, чтобы оставить в ней только те расстройства, при которых картина болезни сводится к нарушению функции одного какого-нибудь органа или системы (при отсутствии их органического поражения). Из большого количества клинических синдромов этих расстройств мы остановимся только на некоторых, более или менее часто встречающихся в детской практике. Следует помнить, что вегетативные неврозы *реже встречаются самостоятельно, чаще присоединяются к другим психогенным реакциям и психическим аномалиям*, являясь их неотъемлемой частью (например, у астенических психопатов; в особенности часто они наблюдаются при истерии, о чем мы будем подробнее говорить дальше).

Желудочно-кишечные неврозы. У детей наиболее часто приходится встречаться с рвотой и отсутствием аппетита. Каждый прием пищи им в тягость и часто возможен только или при отвлечении внимания, или при настойчивых приказаниях, требованиях. Нередко ребенок подолгу, не проглатывая, держит пищу во рту; жует медленно, вяло, с большими перерывами. Вслед за подобным кормлением очень часто следует рвота; в других случаях рвота появляется лишь при определенном виде пищи, в определенное время и пр. Вместо рвоты часто бывает лишь тошнота. Причины подобного расстройства лежат в перекармливании детей, в чрезмерной заботе об их питании, нередко имеется какой-нибудь неотрагированный комплекс и т. п. Распознавание требует полного исключения каких-либо заболеваний со стороны желудочно-кишечного тракта. Лечение — психотерапия и регулирование режима.

Несколько реже встречаются у детей приступы болей в животе. Клиническая картина в большинстве случаев такова: резкие колики наступают внезапно среди полного здоровья, действие кишечника или не нарушено, или отмечается запор; боли быстро исчезают с тем,

чтобы через некоторое время снова повториться. Иногда приступы болей бывают в течение дня несколько раз, иногда же несколько приступов в течение месяца. При распознавании следует исключить заболевания желудочно-кишечного тракта. В тех случаях, когда отмечается тяжелое наследственное отягощение и в психике ребенка есть наличие черт, свойственных эпилептикам, следует подумать о начале эпилепсии, первые приступы которой иногда могут быть несколько похожи на описанные колики в животе. Длительное существование лишь одного этого симптома (колик), устранение его психотерапевтическим путем, отсутствие прогрессивности служат надежным признаком для отличия от эпилепсии.

Запоры, сопровождающие рвоту, и приступы колик в животе могут встречаться и изолированно. Причины таких запоров разнообразны, но чаще всего это регулярная задержка дефекации из-за увлечения игрой, смущения и т. п., неприученность к употреблению брюшного пресса, трещины в заднем проходе и т. д. Лечение сводится к регулированию режима и психотерапии.

Сосудисто-сердечные неврозы. Сравнительно часто встречаются жалобы на сердцебиения, «замирания сердца», боли в сердечной области, «колотье в боку». Пульс неустойчивый, легко меняющийся при незначительных изменениях положения тела. Легкое покраснение, побледнение лица; влажность, потливость тела. Конечности холодны наощупь, влажны, синюшны. При исключении органического порока сердца заболевание лечится психотерапевтически.

К наиболее частым расстройствам со стороны дыхательного аппарата принадлежит кашель. Кашель сухой, толчкообразный, появляющийся приступами, иногда в определенное время дня или ночи. Обыкновенно кашель самостоятельно долго не проходит, при фиксации на нем внимания ребенка резко усиливается (наблюдаемое в течение длительного времени покашливание — ближе к тикку). Необходимо тщательно исключить заболевание дыхательного аппарата, после чего следует применение психотерапии.

Со стороны мочеполового аппарата обращает на себя внимание ночное недержание мочи (*enuresis nocturna*). Следует помнить, что энурез (недержание) является только симптомом, наблюдающимся при самых разнообразных заболеваниях. При недоразвитии или заболевании коры головного мозга мы нередко встречаемся с энурезом (у олигофренов, эпилептиков, а также у детей, перенесших менингоэнцефалит и т. п.). Точно так же энурез может быть и при заболеваниях спинного мозга (иногда сухотка спинного мозга начинается с расстройств мочевого пузыря, некоторые случаи *spina bifida*, ранения, ушибы, туберкулез позвоночника и т. д.). В ряде случаев энурез бывает связан с заболеваниями или недостатками мочеполового аппарата (цистит, пиелит, вульвит, белянит, уродства, спайки, камни пузыря и целый ряд изменений в области наружных половых органов). Наконец, очень часто энурез обязан своим происхождением погрешностям в диете, неправильному воспитанию. В зависимости от причин энуреза проводится и лечение, а потому требуется особенно тщательное распознавание, чтобы избежать шаблонирования при лечении и в связи с этим получения ничтожных терапевтических результатов.

При лечении энуреза, связанного с расстройством вегетативной нервной системы, хорошие результаты получаются при налаживании режима, общеукрепляющем лечении, психотерапии. Само собой разумеется, что не следует энуретиков, от какой бы причины ни зависел их энурез, выделять в особые спальни, так как это травмирует психику ребенка, да и воспитательский персонал в таких случаях легко мирится с наличием в детдоме энуретиков, мало обращая на них внимания, так как они не причиняют лишних хлопот. В результате в таких спальнях дети приобретают более прочную привычку к энурезу, и лечение затягивается на более продолжительный срок.

Нервные дерматозы рассматривают как функциональные нервные дистрофии (расстройства питания) кожи (у детей чаще отмечаются крапивница и *urticaria*), которые могут быть результатом приобретенной раздражимости вегетативной нервной системы. Лечение симптоматическое, общеукрепляющее. Нередко нервные дерматозы сопровождают другие заболевания.

Тики. Тики — стереотипные подергивания в определенных мышечных областях, относятся к локализованным двигательным неврозам. В зависимости от того, какие мышечные группы захвачены заболеванием, различают тот или иной вид тика: мигание, наморщивание лба, подергивание губ, приподнимание плеча, поворот головы и т. п. По своему происхождению тики вначале являются или сознательными движениями защитного характера (тесный ворот, как причина тикозного подергивания головой) или рефлексом аналогичного происхождения (рефлекторное мигание при конъюнктивите — мигательный тик). В дальнейшем цель произвольного движения исчезает, или пропадает необходимость в защитном движении рефлекторного характера, но движение уже прочно зафиксировалось, стало привычным. В таких случаях тикстал «карикатурой определенных актов, естественных жестов» (Шарко), ранее необходимых для известной цели, но в настоящем излишних, бесплодных, принявших навязчивый характер. Несмотря на кажущуюся непроизвольность двигательной реакции, тик может быть задержан волевым усилием, ослаблен при отвлечении внимания. Во сне тики исчезают. У детей тики встречаются довольно часто, нередко этому благоприятствует хроническое истощение нервной системы. Заболевание иногда может принять упорный характер, длиться годами, особенно в тех случаях, когда на нем фиксировано внимание ребенка. Из этих соображений мы высказываемся против местного лечения (массаж, электризация), которое «поддерживает у больного представление о местном страдании и направляет его внимание на орган, функция которого нарушена» (Дюбуа). Общеукрепляющее лечение, психотерапия наиболее показаны при лечении тиков. Следует помнить о частых рецидивах и о возможности возникновения одних тиков вместо других. В таких случаях помогает не только устранение травмирующих психику моментов, но главным образом перевоспитание личности в целом. *Распознавание* в выраженных случаях трудности не представляет. Не следует забывать, что приблизительно в 25% случаев тики встречаются при органических заболеваниях нервной системы (наприм. мер эпидемический энцефалит), а потому при распознавании необходимо на эту сторону обращать тщательное внимание. Известным

диагностическим подспорьем служит: 1) начало тиков в связи с инфекцией, 2) наличие других органических поражений нервной системы), 3) отсутствие в анамнезе указаний на травмировавшие психику моменты, 4) слабый эффект при психотерапевтическом воздействии.

XVI. ИСТЕРИЯ.

В учении об истерии до сих пор нет единства мнения. Одни авторы говорят лишь об истерической реакции («истерия есть ненормальный способ реакции на требования жизни» — Гаупп), другие описывают ее в качестве самостоятельной болезни; наконец, третьи признают истерию как конституциональную психопатию и особо выделяют истерические реакции. Последнее мнение близко к тому, которого придерживаемся и мы. Мы, как уже об этом упоминалось раньше, рассматриваем истероидов как ограниченные задержки развития личности (а не как конституциональную психопатию), выделяем в то же время и истерию как сложную психогенную реакцию, возникающую чаще на подготовленной почве (в значительном проценте случаев у истероидов), реже у совершенно здоровых людей.

Истерия, как психогенная реакция, является защитной реакцией против самых разнообразных травмирующих психику моментов: сильное психическое потрясение — испуг, гнев, страх, потеря близкого лица, тяжелая жизненная ситуация, предъявленные на работе, в школе повышенные требования, с которыми не справляется данная личность, боязнь последствий, нарушения долга, сексуальные травмы и многое другое. Одно из более вероятных (но не единственных) объяснений возникновения истерической реакции является предложенная Кречмером гипотеза о расслоении сознательных функций (по речмеру — целевая воля — *Zweckwille*) и функций, лежащих ниже знания (по Кречмеру — гипобулика).

В норме гипобулика подчинена сознательной, целевой воле, т. е. все поведение человека проходит под контролем высших функций (кора головного мозга). При известном недоразвитии высших психических механизмов травмирующие психику моменты (у здорового человека для этого необходимы чрезвычайно сильные психические раздражители) производят подобное расслоение, и тогда освобожденная от контроля сознания гипобулика начинает действовать самостоятельно (гипобулику локализуют в подкорковой области). Подсознательное (гипобулика) не знает логических доводов и приводит в действие инстинктивные, рефлексорные и другие биологические механизмы. Наиболее частыми и наиболее типичными для живых существ, пытающихся избежать опасности, инстинктивно-рефлексорными реакциями являются «рефлекс мнимой смерти», «двигательная буря». «Рефлекс мнимой смерти», естественный оборонительный рефлекс, — застывание, неподвижность, оцепенение на месте при угрожающей опасности. (Если дотронуться до ползущего жучка, то он замирает на месте, как мы говорим, «притворяется мертвым». Сравни повседневное наше выражение «человек оцепенел от страха», «парализован ужасом»). Аналогичным оборонительным рефлексом на различные опасные положения является также «двигательная буря», проявляющаяся большим количеством разнообразных движений, связанных с сильным устремлением из области помехи: крик, дрожание, беспорядочное размахивание руками, бегание в различных направлениях и т. д. Это — перепроизводство бесцельных движений, пока одно из них, относительно целесообразное, не выводит из опасности. Подобную бурю движений у здоровых людей можно наблюдать во время паники, когда заторможена целевая воля. В истерической реакции рефлекс мнимой смерти, своеобразно трансформируясь,

проявляется не только оцепенением (общий ступор), но также немотой, глухотой, заиканием, расстройством ходьбы, потерей чувствительности, расстройством зрения, параличами, парезами и т. д. В буре движений отражается целый поток самых разнообразных произвольных, выразительных, рефлекторных движений; сюда же относятся довольно часто встречающиеся судорожные припадки. Таким образом при истерии освобождаются старые биологические механизмы, так как «истерическая реакция есть нижняя дорога, верхняя — это действие по разумному выбору» (Кречмер).

У детей, у которых высшие психические механизмы являются еще недоразвитыми, нижняя дорога используется чаще, особенно в виде «двигательной бури». «Вместо осмысленной речи и жестов взрослых часто появляется, как реакция на неприятное раздражение, беспорядочное барахтанье, толчки, крики, метание» (Кречмер). Чем моложе ребенок, тем чаще встретим мы у него реакцию при помощи старых биологических механизмов, и здесь необходимо уберечься от ошибки приклеивания в подобных случаях ярлычка «истерия». Подобная реакция является еще физиологической для маленького ребенка, и о патологии «двигательной бури» мы сможем говорить тогда, когда этот способ реагирования является наиболее частым для ребят конца дошкольного возраста и более старших.

У детей помимо известной самостоятельности старых биологических механизмов, освобождающихся под влиянием психогенных моментов («рефлекс мнимой смерти» и «двигательная буря»), помимо большой роли подражания, преувеличения симптомов, помимо особенностей моторики (преобладание экстрапирамидной моторики у детей младшего возраста) в возникновении истерических симптомов играют известную роль привыкание и «добровольное усиление рефлексов».

Разумеется, что механизмы возникновения истерических симптомов не исчерпываются перечисленными здесь. Казалось бы, что у детей с их недоразвитием высших психических механизмов мы должны были бы особенно часто встречаться с истерией. Действительность учит обратному, и истерия у детей — явление сравнительно редкое. Причину этого прежде всего следует искать в том, что дети младшего возраста хотя и более склонны реагировать при помощи старых биологических механизмов, но зато они значительно легче изживают,отреагируют различные отрицательные аффекты, не задерживаясь на них подолгу.

В дальнейшем с возрастом отреагирование отрицательных аффектов усложняется, но при этом возрастает и сопротивляемость организма (развиваются высшие психические механизмы). Вот почему с истерией мы чаще встречаемся у детей, задержанных в развитии (инфантильно-грацильное телосложение по Гуревичу, инфантильный склад психики). Иногда период полового созревания, вносящий в организм значительные пертурбации, может облегчить путь для истерической реакции, что дало повод Крепелину выделить особую истерию развития (*Entwicklungshysterie*), обыкновенно проходящую при дальнейшем созревании личности. Выделение особой «истерии развития» нам кажется неправомерным, так как она не имеет четкой клинической картины.

Каковы бы ни были механизмы возникновения истерических симптомов, никогда не следует забывать о том, что истерия прежде всего, — «болезнь социальная». «Распространенность истерии уменьшается по мере того, как развиваются человеческая личность и ее свобода. Истерия — болезнь гнета, болезнь отсутствия свободы» (Геллакс). Если по свидетельству буржуазных ученых (Гомбургер) и за границей эта болезнь в настоящее время сравнительно не часто

встречается у детей (в чем очень и очень можно сомневаться, памятуя о тяжелых условиях труда и быта заграничных ребят), то совсем не удивительно, что мы с ней сравнительно редко встречаемся в наших советских условиях.

При истерии у детей отмечаются следующие наиболее часто встречающиеся клинические симптомы: полная или частичная потеря движений в конечностях (вялые, спастические параличи, не связанные с анатомическим распределением двигательных функций и не сопровождающиеся патологическими рефлексам, контрактуры), понижение силы движений, разнообразные расстройства координации движений, дрожания (tremor), ритмические и беспорядочные судорожные подергивания; нарушения позы тела и головы в виде всевозможных искривлений позвоночника, склоненной, согнутой головы (кривошея). Со стороны дыхательного аппарата: стеснение дыхания, одышка, судороги гортани, лающий кашель, покашливание, охриплость, афония (беззвучная речь). Со стороны пищеварительного аппарата: затруднение глотания, рвота, запоры, вздутие кишечника, колики. Со стороны мочеполового аппарата судорога пузыря, задержка или упускание мочи, последнее крайне редко. Сердечно-сосудистая система: легкое изменение сердечного ритма, побледнение, покраснение. Расстройство чувствительности: понижение чувствительности с «наивными границами», т. е. не соответствующими анатомическому распределению, аналогичное повышение чувствительности. Разнообразные боли: в животе, в правой подвздошной области, приступы головных болей с наклонностью к локализации, боли в глазах, ушах, шее, затылке. Расстройства зрения: сужение поля зрения, близорукость, закрытый один глаз (при этом противодействие пассивному открыванию, запрокидывание головы назад не помогает открыванию глаза), крайне редко слепота. Расстройства слуха — редко глухота, значительно чаще преувеличение (аггравация) понижения слуха. Соматические расстройства при истерии нередко выглядят значительно тяжелее, чем это наблюдается при органических заболеваниях центральной нервной системы. Это обманчивое впечатление тяжести расстройств при истерии кроется в том, что органические симптомы проявляются на фоне общей картины телесного заболевания, в то время как истерические симптомы возникают не только внезапно, сразу, среди полного здоровья, но они при этом часто резко контрастируют с общим хорошим состоянием ребенка (Гомбургер).

Заслуживают более подробного описания истерические припадки. Обморочные состояния сопровождаются бледностью лица, расслаблением мускулатуры тела, малым учащенным пульсом, пониженной чувствительностью или полным ее отсутствием к внешним раздражителям. Потеря сознания в действительности не столь полна, как это кажется, зрачки реагируют на свет, искусный расспрос обыкновенно устанавливает отсутствие амнезии (запамятования) событий, предшествовавших обмороку и происшедших в течение его. Судорожные припадки у детей могут проявляться то в более слабой, то в более сильной степени. В слабой степени это разнообразные мимические и пантомимические выразительные движения, защитные движения, примитивные речево-двигательные: крик, стон,

вой, зов, вопли, жалобы. Обыкновенно в подобных припадках не трудно подметить упрощенное моторное оформление примитивных душевных явлений: нападение, защита, бегство; уменьшение, увеличение, устранение тела, стремление показаться безжизненным, бессильным, или, наоборот, очень сильным, заставить себя понять при помощи шума, тона, звука, избегая речи (Гомбургер).

В более тяжелых случаях внезапное сильное побледнение лица, падение на пол (сравнительно редко при этом ушибаются); двигательные проявления, обыкновенно аналогичные тем, что и при слабых припадках, иногда с добавлением театральных поз, воспроизведение в припадке или травмировавшего психику события или того происшествия, которое послужило непосредственным поводом к данному припадку. Сознание нередко глубоко затемнено; прикусывания языка, недержания мочи и кала, как правило, не отмечается. Зрачки широкие, обычно реагируют на свет, но в отдельных сравнительно редких случаях реакция на свет отсутствует. Истерический припадок, возникающий вслед за сильным эмоциональным раздражением, всегда имеет какую-нибудь цель, рассчитан на зрителя, т. е. он «требует известного окружения, своей публики и немыслим на необитаемом острове» (Гауптман). Как правило, истерические припадки никогда не бывают во сне, что служит одним из отличительных признаков от эпилепсии.

Значительно реже приходится встречаться у детей с сумеречными состояниями. В подобных случаях ребенок дезориентирован, не воспринимает вопросов, отвечает невпопад, его поведение не соответствует окружающей действительности, хотя все же ослабленным образом она на него влияет. Нередко сумеречные состояния сопровождаются яркими зрительными иллюзорными и галлюцинаторными восприятиями; слуховые и другие обманы чувств наблюдаются значительно реже. Длительность этих состояний различна: от часа до нескольких дней — недель; чаще они бывают кратковременными.

Внезапность и как бы произвольность возникновения симптомов, психотерапевтическое воздействие на них, резкий контраст с общим хорошим состоянием здоровья — все это вместе взятое неоднократно давало повод считать истериков симулянтами. Подавляющее большинство современных авторов не согласно с таким упрощенным пониманием истерии. Одни авторы находят различие между симулянтом и истериком в том, что первый обманывает других, а второй и себя и других; или формулируют это иначе: симулянт хочет *казаться* больным, а истерик *быть* больным, т. е. искренне желает болезни. Другие авторы, с чем согласны и мы, не признают огульно приписываемую истерику склонность к бессознательной симуляции и, не отрицая ее для ряда случаев, подчеркивают, что все же «многие симптомы истерии таковы, что не могут быть вызваны по желанию или произвольно» (Б л у м е н а у).

Течение. Истерия у детей, являясь в большинстве случаев моносимптоматической (встречаются единичные из ранее описанных симптомов), обыкновенно протекает значительно благоприятнее, чем у взрослых. С устранением травмирующих психику моментов, применением психотерапии исчезают и симптомы заболевания. Лечение не должно ограничиваться только устранением симптомов, а

должно касаться перевоспитания личности в целом, чтобы закалить ее сопротивляемость в борьбе с тяжелыми для нее жизненно-эпидемиологическими факторами, так как только таким образом удастся избежать рецидивов.

Несколько реже истерия носит затяжной характер, причем случается, что на смену одним симптомам приходят другие. Упорство, упорного воздействия.

Распознавание. Небрежно наброшенная одежда, скрывающая истинные формы, вот чем очень часто является истерия для других заболеваний, которые, одеваясь в истерический симптомокомплекс, прикрывают им свой настоящий вид, оставаясь подолгу нераспознанными. При распознавании следует проявлять большую осторожность, резко суживая понятие «истерический», так как нередко этот термин приобретает широкие, расплывчатые формы.

Прежде всего следует отличать истерию от неврастения. Старое правило гласит: «неврастеник от болезни терпит ущерб, истерик извлекает пользу». Другими словами, у неврастеника «воля к здоровью», у истерика — «бегство в болезнь». Неврастеник, перемогаясь, не бросает работу — «работа — мой опиум», говорит он, истерик избегает работы, подчеркивая свою болезнь. Наличие при неврастении моментов, истощающих нервную систему, отсутствие желания казаться больше того, чем есть на самом деле, отсутствие стремления к превосходству, стремления произвести впечатление, отсутствие театральности, рисовки, позы; наконец, соответствие симптомов заболевания общему виду больного, — все это вместе взятое служит надежными опознавательными признаками от истерии в случаях, когда симптомы ее заболевания нерезко выражены.

Значительно труднее отличие истерии от псевдоневрастения, когда истерический характер и симптомы заболевания нерезко выражены. Преобладание жалоб на утомление, усталость, трудность запоминания и сосредоточения, пониженную работоспособность, жалобы, связанных с определенными моментами работы или учебы, будут говорить за псевдоневрастение. Отсутствие сознательных и бессознательных фальшивых чувств и поступков, эмоциональной неустойчивости, необъяснимых симпатий и антипатий — могут также до некоторой степени служить опознавательными признаками, говорящими за псевдоневрастение. За это же будет говорить и большее наличие расстройств вегетативной нервной системы при отсутствии инстинктивно-рефлекторных реакций. По поводу дифференциального диагноза истерии от псевдоневрастения Блейлер говорит, что «речь больше идет о разнице в систематике, чем в диагностике».

Крайне важно уметь отличать истерию от эпилепсии. Истерический припадок характеризуется: неполным затемнением сознания, отсутствием упускания мочи и кала, прикусыванием языка, сохранностью в большинстве случаев реакции зрачков, отсутствием припадков во сне, выраженным аффективным характером припадков (крики, позы, стон и т. д.), быстрым переходом припадков в нормальное состояние. Возникновение припадков непосредственно за неприятным эмоциональным переживанием, необходимость для при-

падка наличия известного окружения, длительность припадка в несколько часов — также могут служить диагностическим подспорьем при истерии. При диагнозе нужно руководствоваться не только самим припадком, но собрать тщательный анамнез, установить наличие отягощения, вырисовать кривую развития характера ребенка, констатировать наличие или отсутствие прогрессивности заболевания и т. д.

В отдельных случаях приходится отличать истерию от шизофрении. При большем количестве расстройств со стороны вегетативной нервной системы, при выраженном истерическом характере — распознавание не трудно. Тогда, когда эти расстройства выражены нерезко, отличительными признаками могут служить: положительный или отрицательный аффективный контакт, который легко поддерживать с истериком, конкретное мышление истерика, без вычурности, «заумничанья», сохранность интереса к собственной личности, прислушивание к оценке своих поступков со стороны окружающих, наличие заинтересованности в чем-либо в отличие от полного индифферентизма (безразличия) шизофреника.

Констатирование патологических рефлексов и других симптомов органического заболевания центральной нервной системы будет говорить против истерии. В таких случаях всегда необходимо подумать о том, не наслоились ли истерические симптомы на органическое заболевание, что бывает сравнительно нередко.

От невроза ожидания истерия отличается тем, что при неврозе «воля к здоровью», сознание своей неполноценности (*Minderwertigkeitsgefühl*), страдание от своего недостатка; улучшение моторного акта при отвлечении внимания; наконец, отсутствие тенденции изобразить свое страдание больше того, чем оно есть на самом деле. Для иллюстрации сказанного возьмем заикание. Для истерика заикание является целью — это выход из неприятной ситуации, он аггавирует (преувеличивает) этот симптом, извлекая из него выгоду. Невротик страдает от заикания, пытается его преодолеть, так как оно мешает ему, подчеркивая его неполноценность.

Нередко истерия проявляется нарушениями функции вегетативной нервной системы в виде уже описанного раньше вегетативного невроза. Провести в подобных случаях дифференциальное различие между истерией и вегетативным неврозом подчас совершенно не удастся. В случаях, когда нарушение функций вегетативной нервной системы непосредственно не служит целям избавления от неприятной ситуации, не сочетается с истерическим характером, следует говорить о вегетативном неврозе.

ХVII. ПСИХОГИГИЕНА, ПСИХОПРОФИЛАКТИКА, ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ.

При описании отдельных форм психических заболеваний и пограничных состояний мы совершенно не затрагивали вопросов психогигиены и психопрофилактики детского возраста, а также вопросов организации психоневрологической помощи детскому насе-

нию. Это было продиктовано желанием сохранить цельность представления, дав описание этих вопросов в отдельной главе.

Психогигиена и психопрофилактика. Психогигиена (гигиена от греческого — здоровье, Гигиейя — богиня здоровья, дочь Эскулапа) ставит своими задачами изучение влияний, оказываемых на психическое здоровье разнообразными социальными и биологическими факторами, на основании этого изучения вырабатывает рекомендации и противопоказания, которые могут быть вредны или полезны для охраны психического здоровья, могут содействовать его укреплению. Практическим преломлением психогигиены является психопрофилактика — сумма мероприятий, направленных к предупреждению психических заболеваний. Психогигиена является неотъемлемой частью социальной гигиены, гигиены воспитания и немыслима без выполнения диктуемых ими требований, необходимых для сохранения и укрепления соматического здоровья. Описание задач и методов психогигиены, вне связи с задачами социальной гигиены, гигиены воспитания, будет неполным, так как борьба с социальными болезнями, гигиена труда и быта, гигиена жилища, рабочего места, одежды, питания и пр. — все это необходимые предпосылки для психогигиены детского возраста. Чтобы не расширять объема учебника, мы принуждены опустить здесь все эти чрезвычайно важные предпосылки. Без сомнения, от этого значительно пострадает наше изложение, особенно, если еще принять во внимание, что по сравнению с социальной гигиеной психогигиена, как часть гигиены воспитания, является недостаточно разработанной. Поэтому мы принуждены ограничиться общими указаниями, разбив их для наглядности изложения по отдельным возрастам.

Младенческий период. До двух лет большая часть жизни ребенка проходит во сне (до года дети спят 20 — 15 часов, до двух лет 15—13 часов), а потому в этом периоде гигиена сна ребенка должна занимать одно из важных мест. Рекомендуются с точки зрения гигиены нервной системы избегать резких и длительных внешних раздражителей (шум, крик, яркий свет и пр.). Само собой разумеется, что в центре внимания должно также быть и питание ребенка. Исследователи, принадлежащие к психоаналитической школе, подчеркивают травмирующие психику моменты, связанные с поздним отнятием груди. «На втором году жизни невропатические и психопатические дети уже вступают в фазу первичной любви к объекту, и тогда лишение груди является для них большой травмой и вызывает сильный протест. Кроме того, сосание груди само по себе не лишено, конечно, большой доли эротического удовольствия для ребенка» (Симсон). Относительно «эротического удовольствия от сосания груди» необходимо заметить, что большинство авторов не склонно в акте сосания груди усматривать эротический момент. Следующим моментом в развитии влечения ребенка является фиксация своих переживаний на близких лицах: отец, чаще мать («эдиповский комплекс» по Фрейду). Формула ребенка этого периода: «мама — моя, она должна слушаться меня так же, как я ее». Ребенок не желает ни с кем делиться объектом любви и враждебно встречает вновь родившегося брата или сестру. От такта родителей зависит переключение влечений ребенка с одного субъекта на других лиц, что лучше всего

и легче всего достигается путем включения в детколлектив. Ребенок втягивается в коллективную жизнь, отводя в другое русло свою энергию, свои переживания, всецело сконцентрированные до этого на матери. В отдельных случаях помещение в детучреждение, отрыв от матери тяжело переживается ребенком, но в таких случаях внимательный подход ухаживающего персонала безболезненно купирует эту реакцию. Травматизирующими моментами этого периода развития являются выставляемые родителями напоказ различные «способности» ребенка, захваливание его, заласкивание, что ведет к повышенной самооценке и в дальнейшем, при непризнании ее другими,—к тягостным психическим переживаниям. В этом же периоде, наоборот, могут быть впервые заронены у ребенка сомнения в своей неполноценности, когда ему постоянно подчеркивают лишь отрицательные стороны. Нередко также, уже в младенческом периоде, готовится почва для всевозможных страхов. Особенно часто в этом периоде практикуются родителями всевозможные запугивания: темнотой, людьми, животными и т. д. Важным моментом является также развитие моторики, которая, искусственно задержанная неправильным воспитанием, может впоследствии стать источником для психической травмы. Ребенок, которого из-за боязни ушибов сдерживают в беготне, не дают самостоятельно одеваться, обуваться, впоследствии выйдет неуклюжим и нередко из-за этого не принимается сверстниками в подвижных играх. В этот же период развития отмечается начало речи, на позднее появление которой необходимо своевременно обратить внимание. Само собой разумеется, что противопоставляется разговор взрослых, подделывающих под лепет ребенка.

Следует также помнить, что неприучение ребенка к опрятности может стать источником упорного энуреза. Необходимо еще отметить, что в этом периоде половая неряшливость родителей в присутствии ребенка, разговор при нем на сексуальные темы, так как его считают непонимающим, может резко травмировать ребенка. В некоторых случаях результатом этого могут явиться ночные страхи, возникающие, конечно, и в связи с другими причинами.

В конце этого периода развития (3 года) отмечается кризис, который принято называть «фазой упрямства» (Trotzphase). Ребенок стремится к самостоятельности, чему способствуют более или менее оформившиеся ходьба и речь, делает первые попытки противопоставить требованиям взрослых свои собственные желания, поступает по-своему, наперекор, упрямясь при выполнении обращенных к нему просьб, приказаний. Крайне важно в этот критический период развития ребенка не перенапрягать его чрезмерными требованиями, переламывать во что бы то ни стало его упрямство, прибегая к угрозам, наказаниям, заласкиванию, подариванию, как это, к сожалению, нередко еще практикуется. Необходимо облегчить ребенку изживание этого кризиса, давая выход его самостоятельности в посильной для него целевой деятельности. Неправильный воспитательный подход может затянуть разрешение этого кризиса, а в отдельных случаях на долгие годы зафиксировать упрямство ребенка.

Дошкольный возраст также имеет свои вредности. В

этом периоде ребенок легко внушаем, подражателен, поэтому крайне важно обращать внимание на окружение. Особенное значение в таких случаях приобретает правильно скомплектованный детский коллектив, что, конечно, не менее важно для младенческого и школьного возрастов. Сравнительно быстрая истощаемость, утомляемость нервной системы требуют недлительных занятий, конкретного, живого, образного материала. Неумение ребенка подолгу сосредоточивать внимание диктует более частую, но рациональную смену впечатлений. Особенно утомляет монотонный размеренный уклад, лишенная всякой эмоциональной зарядки, красочности. Иногда эта эмоциональная зарядка понимается крайне превратно, когда жизнь ребенка насыщена всевозможными зрелищами, развлечениями, удовольствиями. Без сомнения, эти зрелища, развлечения, помимо строгого контроля их содержания, нуждаются в тщательной дозировке (длительность их не должна превышать часа времени, не чаще одного раза в декаду, для более младших — одного раза в месяц). Эмоциональный тон, эмоциональная зарядка должны проистекать из внутреннего содержания занятий, работы, а не строиться, как это иногда бывает, только на чисто внешней, показной стороне. Помимо эмоциональной окраски, правильных чередований периодов работы и отдыха, конкретного содержания, необходимо предподносимый материал сообразовать с возрастными особенностями ребенка, избегая как излишнего форсирования развития, так и его искусственной задержки. Очень нередко в семье, при неправильном воспитании, из таких детей выходят «старички-умницы» (altklug) или, наоборот, искусственно задержанные «инфантилизированные» в своем развитии дети (последнее нередко наблюдается у единственных детей). Неправильная дозировка работы и отдыха, перегруженность впечатлениями приводят к повышенной нервной возбудимости. Очень часто психомоторное возбуждение сказывается перед сном, а потому особенно необходимо вечером избегать шумных, подвижных игр, возбуждающих развлечений, длительных прогулок и пр. Для детей дошкольного возраста особенно показательным является «мертвый час» — отдых днем в течение $1\frac{1}{2}$ — 2 час. Во время пребывания в постели (а также и при посещении уборной) ребенок не должен оставаться без наблюдения, так как нередко дошкольные годы являются временем начала онанизма. Родители, воспитатели в борьбе с онанизмом у детей чаще приносят им вред, чем пользу, так как физически наказывают детей, всячески их запугивают, устращивают за ними неослабный сыск. В результате за такой неправильный подход ребенок расплачивается впоследствии невротическими симптомами. Надо помнить, что не насильственные меры стеснения, не угрозы и запугивания, а вдумчивая педагогическая воспитательная работа помогают изживанию онанизма.

В конце дошкольного периода (7 лет) наступает кризис в развитии ребенка, характеризующийся неровностями в поведении, упрямством, психомоторной возбудимостью или, наоборот, апатичностью, вялостью; иногда отмечается начало тиков, заикания. В этот критический период, обусловленный не только сдвигами в эндокринной системе, но и новыми связями, взаимоотношениями ребенка с окружающей средой (между прочим, в это время начинаются более или

менее систематические занятия), необходима особенно тщательная дозировка занятий и отдыха, вдумчивый педагогический подход, избегание излишних травм, особенно в связи с обострившимся упрямством. Нередко педагог, действуя по трафарету, не вскрывая до конца мотивов этого упрямства, хочет во что бы то ни стало поставить на своем. «Там, где упрямство или своенравие никому не вредит или же вредит (конечно, в известных пределах) только самому ребенку, лучше не упражнять своих сил над ним и не заставлять его при каждом пустяке идти на уступки» (А р к и н). Нередко у детей в эти же годы отмечается капризный, избирательный аппетит. В случае отказа от еды Прейер рекомендует один из следующих методов воздействия: 1) употребление строгости, 2) необращение внимания, 3) возбуждение аппетита ребенка добавочными раздражителями, 4) воспитание у ребенка самостоятельности (прислуживание самому себе во время еды и т. п.).

В дошкольном, как и в младенческом периодах, дети часто болеют инфекционными заболеваниями. Во время болезни, особенно в период выздоровления, обостряются эгоистические тенденции, имеют место сексуальные отклонения (онанизм), обнаруживается фиксация на соматическом состоянии, сопровождаемая постоянной боязнью причинить вред своему здоровью. Чрезмерно заботливый уход, преувеличенные страхи окружающих за состояние здоровья ребенка нередко располагают его к тому, что он затягивает период выздоровления, преувеличивает свои страдания, чтобы этим самым вызвать к себе интерес, продлить заботы о себе.

Еще один важный момент, на котором следует остановить внимание, — это частые случаи приучения детей в дошкольном возрасте к алкоголизму. В этом периоде родителями как «для подкрепления» здоровья ребенка, ослабленного болезнью, так очень часто по тому или другому случаю (семейное торжество, праздники), преподносится ребенку первая рюмка алкоголя. Опрос детей устанавливает, что первое знакомство с алкоголем произошло в дошкольном возрасте и при этом через посредство родителей, родственников. Если родители запрещают детям курить, строго их наказывают, то в отношении алкоголя они сами, к сожалению, проявляют не только вредное попустительство, но и принимают в приучении к нему детей активное участие.

Школьные годы с точки зрения психогигиены изучены сравнительно лучше других, чему в значительной степени благоприятствовали педологическое изучение школьника и выделившаяся в почти самостоятельную дисциплину или, во всяком случае, в достаточно полно разработанную главу, школьная гигиена (гигиена воспитания). Вопросы утомления учащихся и в связи с этим дозировка нагрузки, последовательность в смене предметов занятий, их длительность, педологизация педпроцесса, влияние в школьной жизни отрицательных эмоциональных переживаний (страх, тревога и пр.), вопросы отбора учащихся и комплектование групп, дифференциация самой школы, в последнее время в связи с политехнизацией школы — изучение рабочего места, рабочей зоны, инструментария — это вопросы, или получившие уже известное разрешение с точки зрения психогигиены, или еще являющиеся

и до настоящего времени дискуссионными. Этот перечень вопросов, которыми занимаются и усиленно разрешают указанные дисциплины, был бы не полным, если бы мы не упомянули о весьма важных с психогигиенической точки зрения социалистических формах труда и социалистических методах работы в школе, как об оздоравливающих факторах, прошли мимо громадной роли коллективного воспитания, с его четко выявленной классовой направленностью, не отметили бы колоссальной роли детских общественных организаций и борьбы за сознательную дисциплину, обошли бы молчанием весьма важное в психогигиеническом отношении физическое воспитание и пр.

Одно только перечисление (и притом далеко еще не полное) этих вопросов указывает на тот широкий диапазон, который приобрела у нас психогигиена (в частности, школьного возраста), ставшая одним из неотъемлемых звеньев культурной революции, мощным средством борьбы за здоровую подрастающую смену.¹

Пубертатный период является критическим в развитии подростка. Ш. Бюллер различает в этом периоде две стадии: негативную и позитивную.

Негативная стадия (у девочек в 12 — 13 лет, у мальчиков в 14 — 15 лет) характеризуется понижением или отсутствием интересов, падением работоспособности, неадекватными реакциями на внешние раздражения, потребностью в изоляции, продиктованной чувством неудовольствия, неудовлетворенности. Длительность этой фазы колеблется у девочек от 2 до 9 месяцев, во время или в конце фазы наступает первая менструация; длительность у мальчиков не поддается точному учету, но все же не затягивается больше года. Начало негативной стадии так же, как и переход в позитивную, совершается постепенно. Начало позитивной стадии характеризуется улучшением самочувствия, повышением работоспособности (впоследствии повышенная активность), пробуждением различных интересов и в частности интереса к другому полу.

Опасностями негативной стадии является резкая недооценка собственной личности, весьма чувствительной к оценке со стороны других. Неосторожный подход глубоко ранит, причем у особо чувствительных подростков выходом из положения являются попытки на самоубийство. Другим опасным моментом является тяга подростков к более испорченным сверстникам. Это объясняется склонностью к необычным, неизведанным впечатлениям, тягой к запретному и, кроме того, возможностью получить у испорченных сверстников, как более осведомленных, разрешение ряда вопросов, в частности, связанных с сексуальными переживаниями (Г. Гепер). В эти периоды сексуальное любопытство иногда претворяется в действие (сексуальные правонарушения).

Перечисленные здесь особенности детского возраста далеко не исчерпывают всего их многообразия и причинно-следственные зависимости гораздо сложнее, чем их можно было представить в схематическом изложении. Отсюда та сложность задач, встающих перед

¹ Мы ограничиваемся здесь лишь перечислением наиболее актуальных вопросов, так как более или менее подробное освещение их потребовало бы написания соответствующего руководства. По ряду вопросов имеются специальные монографии (см. указатель литературы).

психогигиеной детского возраста, задач, в значительной мере только еще намеченных, но не разрешенных.

Организация психоневрологической помощи детям и подросткам. Исчерпывающими цифровыми данными, характеризующими степень нервной и психической заболеваемости детей и подростков, мы до настоящего времени не располагаем. В прежнее время, при переписях душевнобольных, в статистическую обработку попадали лишь сведения о формальных душевных заболеваниях, пограничные состояния совершенно не учитывались; в настоящее время подробная перепись детей и подростков (от 0 до 18 лет) проводилась лишь в Москве (выборочно), и насколько показательны эти данные для всего Союза — судить затруднительно. Все же эти данные, полученные опытными специалистами, проливают некоторый свет на интересующий нас вопрос. «Из 800 тысяч детского населения Москвы, из 33618 взятых на учет 30834 детей нуждаются в оздоровительных профилактических мероприятиях того или иного характера, из них 17458 детей, или 56,7%, не требуют ничего иного, как распределения внутри дифференцированной нормальной школы, и лишь остальные 13376 детей, или 43,3%, требуют оздоровительных мероприятий различной интенсивности и значения» (Е. Осипова).

Данные московской переписи говорят о том, что больше половины детей с невропсихическими отклонениями могут обучаться и перевоспитываться в условиях массовой школы, но или нуждаются в особых классах, или требуют индивидуализированного подхода со стороны педагога. Массовая школа, в настоящее время осведомленная о том, что среди ее воспитанников встречаются подобные трудные варианты нормы, организует как для них, так в равной степени и для детей социально запущенных, но без отклонений в невропсихической сфере, посты охраны детства. Целью поста является создание условий для перевоспитания ребенка в стенах массовой школы, что достигается индивидуальной работой с ним, организацией внешкольного досуга, рационализацией педагогического процесса, патронажно-обследовательской работой, привлечением к работе по охране детства широких слоев трудящихся масс.

На ряду с постами охраны детства для этой категории детей при массовой школе выделяются полусанаторные классы, а там, где позволяют местные условия, организуются самостоятельные полусанаторные школы. Особенностью этих классов или школ является меньший количественный состав групп (15 — 20 чел.), продленный школьный день, качественно усиленная педагогическая работа (педагоги-специалисты), усиленное психоневрологическое наблюдение и обслуживание. Для детей дошкольников должны быть организованы полусанаторные детские сады (с особым режимом, усиленным психоневрологическим наблюдением), так как в настоящее время они имеются еще в недостаточном количестве.

Известная часть из этих детей, с легкими невропсихическими отклонениями, не требует выделения в полусанаторные классы и может продолжать обучение в массовой школе, находясь под систематическим наблюдением врача-психоневролога при диспансере пункта охраны здоровья детей или профамбулатории. Для этой же категории детей организуются санаторные площадки, где проводится

под наблюдением диспансера оздоровительная помощь без отрыва ребенка от семьи и школы. Помимо указанных задач, в обязанности диспансера входит отбор и выделение детей с невропсихическими отклонениями, с целью или оказания им помощи путем прикрепления для лечения к диспансеру, или путем направления в соответствующее учреждение. Кроме того, под руководством диспансера осуществляется школьный надзор за нервным и психическим здоровьем учащихся, и проводится просветительная работа среди родителей по вопросам психогигиены и психопрофилактики детского возраста.

Дети с более тяжелыми реактивными состояниями и психопаты (их московская перепись насчитывает 7200 чел.), особенно те из них, которые находятся в тяжелых социально-бытовых условиях, должны перевоспитываться в психоневрологических школах-санаториях, имеющих в целом ряде городов. Школы-санатории обыкновенно принимают детей в интернат на срок до трех месяцев. Срок этот, с известными оговорками, можно считать достаточным для подростков, которых невозможно отрывать длительно от учебы и производства, так как в условиях школы-санатории крайне трудно организовать что-либо равнозначное их обычным занятиям. Для школьников и дошкольников подобный срок пребывания в санатории недостаточен, и он должен быть удлинен (по крайней мере до шести месяцев, лучше — одного года), так как иначе эффективность пребывания ребенка крайне незначительна. Школа-санаторий может выполнить это увеличение срока без всякого ущерба для ребенка, создав для него эквивалентные массовой школе занятия с тем, чтобы он мог возвратиться в последнюю, не теряя учебного года.

Для детей психопатов с антисоциальными проявлениями существует пока единственная психоневрологическая школа в г. Слуцке.

Переходим к организации помощи детям с более тяжелыми невропсихическими расстройствами (по московским данным их 3616 чел.). Острые и подострые случаи невропсихических расстройств нуждаются в помещении в специальные детские психиатрические лечебницы или в детские психиатрические отделения при взрослых больницах. Отделения, организованные при ряде психиатрических больниц, имеют собственные павильоны, с взрослыми больными дети не соприкасаются; с детьми проводится педагогическо-воспитательная работа, большая роль принадлежит рабочей терапии.

Больные трудоспособные хроники (глубокие олигофрены, все же еще способные к трудпроцессам, дементные органики, схизофреники в исходном состоянии, спокойные эпилептики и т. п.) интернируются в психиатрические лечебно-трудовые колонии. Акцент в этих учреждениях ставится на использовании всех возможностей больных к трудовой деятельности, обучении их самообслуживанию и простейшим видам труда. Колонии организуются как самостоятельно, так и при психиатрических больницах для взрослых, с обособленным отделением для детей. Число этих колоний не велико, не покрывает потребности в них, в силу чего сравнительно нередко острые больные и хроники находятся вместе.

Нетрудоспособные хроники (глубокие идиоты, дементные эпилептики, органики и пр.) нуждаются лишь в наблюдении, уходе, попечении. Эти учреждения находятся в ведении НКСобеса, число

их недостаточное, потребность же в них крайне велика. Нередко в семье такой ребенок остается без присмотра, или, когда ему обеспечен уход, он очень часто отнимает ценное лицо, которое могло бы быть более целесообразно использовано на общественной работе.

Эпилептики с частыми припадками, с сохранившимся интеллектом или с редкими припадками, но с резкими изменениями характера, интернируются в специальные школы-лечебницы для эпилептиков. Подобные учреждения или организованы отдельно, или при психиатрических больницах для взрослых в виде самостоятельных отделений. В учреждениях обращается большое внимание на трудпроцессы, применительно к особенностям заболевания этих детей.

Дети с острыми поражениями (преимущественно инфекционного характера) центральной нервной системы, требующие лечения, интернируются в нервные отделения, обыкновенно организованные, как самостоятельные, при детских больницах.

Дети со стойкими поражениями центральной нервной системы, нуждающиеся в невроортопедической помощи, помещаются в Москве в Дом увечного ребенка, в Ленинграде — в Институт имени проф. Турнера. Количество учреждений для этих детей недостаточно. Московские обследователи во время переписи нашли многих из них, как не попавших в учреждение, на дому, часто в очень тяжелых условиях существования (Е. Осипова).

Такова в развернутом виде сеть детских учреждений. Отдельные категории детей еще не охвачены психоневрологической помощью. Этот пробел должна будет восполнить вторая пятилетка. Оглядываясь на дореволюционное прошлое и сравнивая его с настоящим временем, можно с большим чувством удовлетворения констатировать, что психогигиена и психопрофилактика детского возраста поставлены в СССР на такую недостижимую высоту, на которой она не стоит ни в одной стране. Основания для подобного утверждения очевидны: улучшение труда и быта всего населения, широко поставленная охрана материнства и младенчества, а также здоровья детей и подростков (в частности, сеть оздоровительных и профилактических учреждений после революции не только колоссально увеличилась, но в значительной степени выросла на нетронутой целине), культурная революция с ее широко распространенной грамотностью среди населения, полное отсутствие эксплуатации труда, защита прав малолетних и несовершеннолетних и многое другое, к чему мы так привыкли за эти годы, иногда забывая о том, что все эти достижения принесла нам Октябрьская революция, признавшая «всех детей — детьми республики, а заботу о ребенке — прямой заботой государства». Благодаря всем упомянутым выше моментам у нас в СССР *рост психических заболеваний детей неуклонно идет на убыль*, в чем убеждает нас практика целого ряда детских оздоровительных и профилактических учреждений. В снижении роста психических заболеваний почетная роль выпадает на долю педагога, педолога, дефектолога, которым для успешного ее осуществления необходимо знать как нормальное, так и психически больное детство.

УКАЗАТЕЛЬ ЛИТЕРАТУРЫ.

При прохождении курса необходимо знание следующих трудов основоположников марксизма.

Л е н и н. Материализм и эмпириокритицизм.

Л е н и н. Государство и революция.

М а р к с. Капитал, т. I. Партиздат, 1932. (Обязательные страницы: 111, 119—121, 244, 256—257, 269, 281 и 502).

Э н г е л ь с. Диалектика природы.

Э н г е л ь с. Анти-Дюринг.

Э н г е л ь с. Положение рабочего класса в Англии.

При более углубленной проработке отдельных разделов курса может помочь приводимый ниже указатель литературы. Список литературы — далеко неполный и при этом исключительно на русском языке, что сделано нами с определенной целью дать студенту более или менее доступные для него по содержанию источники, которые к тому же в значительном проценте имеются в библиотеках вузов.

А р к и н, Е. Дошкольный возраст, 1929 г.

Б л е й л е р, Е. Аутистическое мышление, 1927.

Б л е й л е р, Е. Аффективность, внушаемость, паранойя, 1929.

Б л о н с к и й, П. Трудные школьники, 1929.

Б о р ь б а против механистического материализма и меньшевистствующего идеализма в биологии. Медгиз, 1931.

Б у м к е, О. Современные течения в психиатрии, 1929.

В о п р о с ы дефектологии (журнал).

В о п р о с ы педологии и детской психоневрологии (редакция М. Гуревич).

Сборники I, II и III.

В о п р о с ы психоневрологии детей и подростков, 1933.

В ы г о т с к и й, Л., и Л у р и а, А. Этюды по поведению человека, 1930.

Г а н н у ш к и н, П. Клиника психопатий; их статика, динамика, систематика, 1933.

Г е л ь м а н, И. Половая жизнь современной молодежи, 1925.

Г у р е в и ч, М., и О з е р е ц к и й, Н. Психомоторика. I и II, 1930.

З а л к и н д, А. Половое воспитание, 1930.

З а л к и н д, А. Вопросы советской педагогики, 1930.

И в а н о в, В. Развитие педагогики трудного детства до и после Октябрьской революции, 1932.

И о г и х е с, М. Органические заболевания нервной системы у детей, 1931.

К а п у с т и н, А. Основы анатомии и физиологии центральной нервной системы в связи с учением о железах внутренней секреции, 1927.

К а щ е н к о и М у р а ш е в. Исключительные дети, 1929.

К е л л е р, В. Исследование интеллекта человекоподобных обезьян, 1930.

К е н о н, В. Физиология эмоции, 1927.

К л е й с т, К. Современные течения в психиатрии, 1923.

К о л ь е. Эпилепсия, 1928.

К о н о в а л о в, Н. Умственно-отсталые дети, 1933.

К р е ч м е р, Э. Строение тела и характер, 1930.

К р е ч м е р, Э. Об истерии, 1928.

К р о н т о в с к и й, А. Наследственность и конституция, 1925.

М а й з е л ь и С и м с о н. Нервные и психические заболевания раннего детского возраста, 1928.

Маргулис, М. Органические заболевания нервной системы у детей, 1931.

Модель, М. Руководство по методике исследования нервно-психической сферы детей раннего возраста, 1929.

Новое в дефектологии (редакция А. Грибоедова), т. I и II, 1930.

Озерецкий, Н. Трудновоспитуемые дети, 1932.

Пейпер, А. Функции мозга грудного ребенка, 1929.

Психогигиена и психопрофилактика детей и подростков, 1933.

Райц, М. Врожденный сифилис, 1927.

Раковский, Х. Этиология преступности и вырождаемости, 1927.

Розенштейн, Л. Психические факторы в этиологии душевных болезней, 1923.

Симсон, Т. Невропатии, психопатии и реактивные состояния младенческого возраста, 1929.

Сперанский, А. Эпилептический приступ, 1932.

Современные проблемы шизофрении (доклады на конференции по шизофрении), 1933.

Шизофрения (сокращенный перевод IX т. руководства по психиатрии Бумке, О., редакция Бруханского, Н.), 1933.

Тизанов и Эпштейн (редакция). Государство и общественность в борьбе с детской беспризорностью, 1927.

Трудные дети в массовой школе (редакция В. Мясищевой), 1933.

Цапперт, Ю. Судороги в детском возрасте, 1929.

Цапперт, Ю. Болезни нервной системы у детей, 1929.

Шаргородский. Вегетативная нервная система, 1932.

Юдин, Т. Евгеника, 1924 г.

Юдин, Т. Психопатические конституции, 1926.

УКАЗАТЕЛЬ ТЕРМИНОВ:

А

Абортивные припадки 122
 Absence 123
 Абулия 45
 Автогенез 15—16
 Автоматизм 125
 Автоматическая подчиняемость 45, 108
 Аграмматизм 26
 Аграфия 27
 Аденоиды 20
 Адинамия психическая 95, 96
 Ажитированная депрессия 147
 Акинезы 58
 Алалия (Hörstummheit) 71
 Алексия 28
 Алкоголизм 13
 Алопеция (сифилитическая) 72
 Altklug 217
 Альголагния 195
 Альтернативная изменчивость 7
 Амбидекстрия 27
 Амбулаторный транс 125
 Амнезия 36
 — ретроградная 36
 Анамнез 55—57
 — объективный 55
 — субъективный (автоанамнез) 55
 — социальный 57
 Ананкасты 180
 Анизокория 24
 Аномалия психическая 8
 Аносмия 25
 Антисоциальные психопаты 193—196
 Антропометрия 23, 52
 Анестезия 24
 Анэтический симптомокомплекс 97—98
 Апоплектиформный сифилис 82—83
 Aprosexia nasalis 20
 Arbeitsscheu 165
 Аржиль-Робертсона симптом 25, 89
 Асексуальный 22
 Астенические психопаты 180—187
 Астенический тип 22
 Асфиксия 56
 Атлетический тип 22
 Атрофия зрительного нерва 24, 74
 Аура 120
 Аутизм 105

Аутистическое мышление 105—106
 Аутоинтоксикация 19—21
 Аутохтонный 166
 Афазия 25—26
 — амнестическая 26
 — моторная 26
 — сенсорная 26
 Аффект 42
 — астенический 42
 — патологический 42
 — стенический 42
 — физиологический 42
 Аффект-эпилепсия 169—170
 Аффективная амбивалентность 108
 — атония (Тромнер) 141—142
 — каталепсия (Оппенгейм) 141
 Аффективные респираторные судороги 139

Б

Бабинского симптом 23
 Balkenstich 74—75
 Bewegungsdrang 44—45, 150, 163
 Beschäftigungsdelirium 93
 Beschäftigungsdrang 44—45, 150, 159
 Болезненное мудрствование 39
 — сомнение 39
 Болезнь 5—9
 Боязнь прикосновения 39
 — чужого взгляда 39
 Брадикинезия 95
 Брадифрения 95
 Бред (бредовые идеи) 40—42
 — величия 41
 — индуцированный 40
 — ипохондрический 41
 — нигилистический 41
 — отношения 41
 — самоуничтожения 41
 — ущерба 41
 Бредовая спутанность 124—125

В

WaR (Вассермановская реакция) 63
 Вегетативные неврозы 206—209
 — расстройства 29, 205
 Вербигерация 107

Взрывчатые (Explosible) 191—192
 Witzelsucht 74
 Вихревая заторможенность 38
 Вихрь идей 145
 Внимание 34—35
 Внушаемость 45
 Водянка головного мозга 73—75
 Возрастные кризисы 18, 50, 114, 160, 183, 216, 217—218
 Воля 44—47
 — к могуществу 198
 — соскальзывание 46
 — целевая 44
 Восковая гибкость (flexibilitas cerea) 45
 Врожденное предрасположение 17
 Врожденный сифилис 71—73, 80
 Wunderkind 179
 Wutkrampf 139
 Вырождение (дегенерация) 15, 18
 — дегенеративные признаки 21
 Вязкость мышления (Une viscosité mentale) 128

Г

Галлюцинация 30—33
 Garçon'ерство 164
 Гебефрения 112—114
 Geltungsbedürftige Psychopathen 175
 Гемихорея (Hemichorea) 102
 Гемолитический 20
 Ген 16
 Генеалогические таблицы 17
 Гетерозиготы 16
 Гетеротипия 75
 Гипамнезия 30
 Гипербулия 44
 Гипервентиляция 133—134
 Гиперкинез 23
 Гипермнезия 36
 Гиперосмия 25
 Гипертимический 99
 Гипертония 24, 94
 Гиперэстезия 24
 Гипобулика 44, 209—210
 Гипоманиакальный 162—165
 Гипотония 102
 Гипэстезия 24
 Глия 129
 Гневная мания 147—148
 Голотимический 40
 Гомозигота 16
 Гомосексуализм 195
 Grand mal 119—122
 Гумма 80
 Гутчинсоновская триада 72

Д

Debilité motrice 29
 Дебильность 67—69
 Degoût de travail 165
 Déjà vu 37
 Déjà raconté 37

Дементность (Dementia) 34, 61
 Dementia infantilis 111—112
 — praecocissima 104
 — praecox 104
 — rachitica 20
 — simplex 110—112
 Депрессия 43, 161—162
 — при кататонии 114
 — реактивная 43, 162, 204
 — эндогенная 43, 161—162, 166
 Дети с замедлен. темпом развития 70
 Джексонская эпилепсия 140—141
 Диатетическая пропорция 166
 Дизартрия 26
 Дипсомания 60
 Диспластическое телосложение 22
 Дистансцепторы 24
 Дистимический симптомокомплекс 99
 Дистонные 188—191
 Дистрофия 208
 Диффузный процесс 84
 Доминантный признак 16
 Дыхательный тип 22

Е

Единственный ребенок 178—179, 187
 Enuresis nocturna 207—208
 Epilepsia nocturna 131
 — nutans 123
 — procursiva 120
 — rotatoria 120
 Erregbare 154
 Explosible 191—192

З

Заикание 26—27
 Застойный сосок 24
 Зеркальное письмо 27
 Зеркальные подошвы 72
 Зоб (зобная болезнь) 78
 Зоофилия 195
 Зрачковое беспокойство (игра зрачков) 24

И

Идиоварияция 15
 Идиотипические свойства 15
 Идиотия 65—66
 Извращение влечений 46, 193—196
 — «формулы сна» 96
 Иллюзия 30—31
 Имбецильность 66
 Импульсивные влечения 193—195
 — поступки 98
 Инициальные судороги 138
 Инстинктивная конституция 193
 Инстинктивные извращения 194
 Инсульт 82—83
 Интеллект 33—34
 Интенциональная дуга 106
 Интоксикация 13

Интрапсихическая атаксия 107
 Инфантильная психика 175, 210
 Инфантильно-грацильный тип 22
 Инфекция 11, 12, 13—18
 Ипохондрические жалобы 177
 Истерия 209—214
 Истерия развития (Entwicklungs-
 hysterie) 210
 Истерические припадки 211—212
 Истероиды 175—179

К

Карлес 79
 Катаlepsия 97, 108
 Катамнез 59
 Кататонические симптомы 108
 Кататонический ступор 108—109
 Кататоническое возбуждение 109
 Кататония 114—115
 Kaufaulheit 185
 Кивательные судороги (судорожный се-
 лям, приветствие) 123
 Классификация нозологическая 60
 — психопатий 151—156
 — симптоматологическая 60
 Клептомания 60, 195
 Климакс 116
 Коллена симптом (oublie du membre) 30
 Компенсация дефекта 51
 Конгенитальный сифилис 71—73, 80
 Конституциональные aberrации 152
 — психопаты 156—174
 Конституция 17
 Контактцепторы 24
 Конфабуляция 37
 Корреляция 8
 Кренизм 78—80
 — эндемический 78
 — спорадический 78—80
 Кретиноиды 79
 Криптамнезия 37
 Крипторхизм 77

Л

Лабильность 166
 Лабиринтарное мышление 38—39
 Лакунарное слабоумие 83
 Lärpische Verblödung 112
 Ларингоспазм 137
 Латентный 27
 Левшество 27
 Лептосомный тип 21
 Липкая конденсированная аффектив-
 ность 168
 Ложь косметическая 176—177
 Локализация псих. расстройств 52—55

М

Мазохизм 195
 Манерничание 45—46, 109
 Маниакально-депрес. психоз 143—150
 Маниакальное состояние 145—146

Мания (гневная) 147—148
 Маскулинизм 22
 Мегалоцефалия 75
 Меланхолия (депрессия) 146—147
 Менингит сифилитический 81
 Менинго-энцефалит сифилитич. 81—82
 Мечтатели 188—190
 Мидриаз 24
 Микроцефалия 75—77
 Minderwertigkeitsgefühl 181, 198, 202
 Миоз 24
 Миоклония 93
 Mitteilungsdrang 99
 Модификация 16
 Монголизм 77—78
 Moral insanity 98
 Морально-дефективные дети 195—196
 Моторика 29—30
 Моторный инфантилизм 29
 Мышечный тип 22
 Мутация 15
 Мутизм 26, 107
 Мышление 37—39
 — аутистическое 38, 105—106
 — возбужденное 37—38
 — заторможенное 37
 — обстоятельное 38—39
 — разорванное 38, 106

Н

Навязчивые воспоминания 39
 — действия 39—40
 — мысли 39—40
 — состояния 40, 184
 — страхи (фобии) 39
 Нарколепсия 141—142
 Наследственность 15—17
 Настроение 42
 Национальность 19
 Неврастения 204—206
 Невроз ожидания 202—203
 — испуга 203—204
 Неврозы вегетативные 206—209
 Невропатия 152
 Негативизм 45, 108
 Негативизм активный 45
 — пассивный 45
 Неоламаркизм 16
 Неологизмы 107
 Неопластический (гуммозный) симпто-
 мокомплекс 80—81
 Неподвижность зрачков 25
 Nervosität 180—184
 Нистагм 74
 Нозологическая классификация 60
 Норма 5—9
 Ночной страх (pavor nocturnus) 126

О

Обезьянья борозда 76
 — походка 76, 94
 Обнаженный Trieb 99

Огранич. задержки развития 175—187
Олигофрения 61—80
Олигофазия 121
Онанизм 194—195
Очаговые симптомы 12, 52, 82

II

Память 35—37
— аффективная 35
— логическая 35
— механическая 35
Парабулия 46
Паралич 23
— глазных мышц 24
— мягкого неба 25
Параличи центральные и периферические 23—24
Парамнезия 36—37
Параноидная форма шизофрении 115
Паратимия 107
Паратипические свойства 15—16
Паратония 29
Парафазия 26
Парез 23
Паркинсонизм 94
Паросмия 25
Парестезия 24
Парейдолия 31
Патогенез 9
Патогномоничный 24
Патологическая анатомия мозга 52—55
Патологические рефлексы 23
Патопластика 49—50
Периодическое помешательство 144
Перцепция 35
Petit mal 122—123
Пикнический тип (пикник) 21
Пикнолепсия 142—143
Питекоидная осанка 76, 94
Пищеварительный тип 22
Плюриглангулярные расстройства (Эндокринопатии) 77, 116
Пляска св. Витта 100
Повреждение зачатка (Keimschädigung) 13, 17
Пограничные состояния 151—156
Поля Бродмана 53—54
Походка куклы (манекена) 94—95, 109
Предвестники при эпилепсии 120
Предсердечная тоска 43
Преморбидная личность 112
Привычные обмороки 139—140
Прилипание к аффекту 128
— к вещам 128—129, 169
Приобретенное предрасположение 17
Приобретенный сифилис 86
Прогноз 51
Прогредиентный 9, 80
Прогрессивный паралич 88—92
— ажитированная форма 90
— — дементная форма 90
— — маниакальная форма 90
Проприоцептив. чувствительность 24
Propfschizophrenie 112

Псевдоневрастения 199—202
Pseudologia phantastica 177
Психастения 184—187
Психическая аномалия 8—9
— инфекция 14
— симптоматология 30—49
— слабость 12
Психические факторы 14—15
— эквиваленты 124—126
Психогенные реакции 197—204
Психогигиена 214—220
Психопрофилактика 214—220
Психоневрозы 197—204
Психопатии 156—196
Психэстетическая пропорция 157
Птоз 92
Пубертатный период 183, 219—220
Пульсии 95
Пуэрелизм 113

Р

Разорванность мышления 106
Рахит 19—20, 71, 75
Рахитическое слабоумие 20
Реактивная депрессия 43, 162, 204
Реактивно-лабильные 192—193
Реактивные психические расстройства (психогении, соматогении) 196—209
Реакция потрясения 197
— ситуации 197
— среды 197
Резидуа 9, 94
Reitusenformen 74
Ремиссия 51, 99
Репродукция 35
Ретенция 35
Рефлекс Бабинского 23
— бури движений 209—210
— мнимой смерти 209—210
Рефлекторные судороги 138
Рефлексы кожные 23
— патологические 23
— со слизистых оболочек 23
— сухожильные 23
Рецессивный признак 16
Рецидив 103
Речь 25—29
— расстройства при маниакально-депрессивном психозе 146
— — при паркинсонизме 95
— — — прогрессивном параличе 89
— — — психастении 186
— — — шизофрении 109
— — — эпилепсии 121, 127
«Родимчик» 137
Ромберга симптом 89
Рудиментарный 144

С

Садизм 195
Salonblodsinn 70
Сепсис 90

Симптом Кернига 81
 Симптомокомплекс 49
 Синдром 49
 — депрессивный 49
 — маниакальный 49
 — олигофазический 49
 Синкинезии 29
 Синтонность 149, 166
 Сифилис врожденный 71—73, 80
 — приобретенный 86
 Сифилис мозга 80—88
 — апоплектиформный 82—83
 — — гуммозный 80—81
 — — состояния, сходные с психопатиями 85—86
 Сифилис мозга эпилептиформный 82
 Сифилитическая невралгия 84—85
 — олигофрения 71—73
 Сифилитический галлюциноз 84
 — менингит 81
 — менинго-энцефалит 81—82
 — псевдопаралич 83—84
 Словесная окрошка, салат 38, 10
 Сознание 47—49
 — делириозное 48
 — коматозное 48
 — оглушенное 48
 — просоночное 48
 — сновидное 48, 124
 — сомноленция 48
 — ступорозное 48
 — сумеречное 48, 124
 Соматическая симптоматология 21—30
 Соматические факторы 12—14
 Соматогении 204—209
 Соматометрия 23
 Соматоскопия 23
 Сомнамбулизм 49, 126
 Соскальзывание воли 46
 Соскальзывание мыслей 106
 Социальные факторы 10—12
 Спазмофилия 136—137
 Spirocheta pallida 72
 Status epilepticus 132—133
 Статуеобразное положение 95
 Стереотипия 46
 Стил телеграмм 107
 Стремление к движениям (Bewegungsdrang) 44—45, 150, 163
 Стремление к деятельности (Beschäftigungsdrang) 44—45, 150, 159
 Ступор кататонический 108—109
 — маниакальный 147
 Судороги аффективные респираторные 139
 — инициальные 138
 — рефлекторные 138
 — симптоматические 137—138
 — терминальные 138
 — токсические 138
 — хореические 101—102
 — эпилептические 119—123
 Сужение поля сознания 47
 Схизоидия 105

Схизоидная реакция 160—161
 Схизоиды 156—161
 Схизомания 105
 Схизофрения 104—118
 — гебефрения 112—114
 — Dementia infantilis 111—112
 — — praecocissima 104
 — — praecox 104
 — — simplex 110—112
 — кататония 114—115
 — параноидная форма 115
 — циркулярная форма 115

Т

Тетаническое лицо 137
 Тик 208—209
 Тип апаша 97
 Тиреоидизм 80
 Тиреоидин 79
 Токсин 12
 Топальгии 200
 Травма психическая 11, 14
 — физическая 11, 12
 Тремор 94
 Третье веко 77
 Triebmenschen 154, 193—194

У

Угловой профиль 22

Ф

Феминизм 22
 Фенотип 15
 Verschoben 156
 «Философская интоксикация» 183
 Фобии 39
 Фонема 26
 Френология 52
 Фронтальная недостаточность 30

Х

Haltlose (Haltlosigkeit) 154, 164
 Hemmung 49
 Хорея 100—104
 — половинная (Hemichorea) 102
 — паралитическая (Chorea paralytica, chorea mollis) 102

Ц

Целевая воля (Zweckwille) 44, 209
 Центр Брока 26
 — Вернике 26
 Церебральный тип 22
 Цефалония 75
 Циклоиды 161—167
 Циклотимия 166
 Циклофрения 144

Ч.

Черепно-мозговые нервы 25

Чувствительность 24

Чувство собственной неполноценности (Minderwertigkeitsgefühl) 181, 198, 202

Ш

Шанкр твердый 72

Schreie xanthem 181

Sperrung 106

Stimmungslabile 192

Э

Эгоцентрики 190—191

Эйфория 42

Экзогенные факторы 12—15

Экзофтальмия 24

Эклампсия 137

Экономический фактор 10—12

Экстероцептивная чувствительность 24

Экстрапирамидная недостаточность 30

Эксцентричность 175

Экфория 35

Эмбриональный 86

Эмоции органические 42

Эмоциональная сфера 42—44

— невыдержанность 43

— тупость 43

Эмоциональное оскудение 43

Энграмма 35

Эндемический кретинизм 74

Эндогенные факторы 15—19

Эндокардит 101

Эндокринный аппарат 19—20, 89—90

Энофтальмия 24

Эпидемический энцефалит 92—100

Эпилепсия генуинная 118—136

— симптоматическая 140—141

Эпилептические припадки 119—123

— — abortивные 122

— — большие 119—122

— — малые 122—123

— — кивательные (Epilepsia nutans) 123

— — ночные 131

— — с бегством (Epilepsia procursiva) 120

— — с вращением (Epilepsia rotatoria) 120

Эпилептический статус 132—133

Эпилептоидизация 173—174

Эпилептоиды 167—174

— адинамичные 167, 170—171

— динамичные 167, 168—170

Эргии 42

Эрейтрофобия 39

Этиология 9

Эхолялия 45, 108

Эхопраксия 45, 108

ОГЛАВЛЕНИЕ.

Предисловие	Стр. 3
-----------------------	-----------

ОБЩАЯ ЧАСТЬ.

I. Понятие о болезни, здоровьи и норме	5—9
II. Этиология психических уклонений	9—21
Социальные факторы. Экзогенные факторы. Соматические факторы. Психические факторы. Эндогенные факторы. Наследственность. Врожденное предрасположение. Приобретенное предрасположение. Возраст, пол, национальность. Аутоинтоксикация и болезни внутренних органов.	
III. Симптоматология	21—49
Соматическая симптоматология. Строение тела. Неврологические расстройства. Расстройство речи и письма. Двигательная недостаточность. Психическая симптоматология. Расстройство восприятий. Интеллект, его расстройства. Внимание, его расстройства. Память, ее расстройства. Мышление, его расстройства. Навязчивые идеи. Бредовые идеи. Эмоциональная сфера, ее расстройства. Воля, ее расстройства. Сознание, его расстройства. Соматокомплексы.	
IV. Патопластика, течение, исход и прогноз психических уклонений у детей	49—52
V. Патологическая анатомия и локализация психических расстройств	52—55
VI. Методы изучения психически больного ребенка и подростка	55—59

СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ.

VII. Классификация психических уклонений	60—80
Состояния психического недоразвития (олигофрении). Этиология. Степени олигофрении. Недифференцированные формы олигофрении. Дети с замедленным темпом развития. Олигофрения на почве врожденного сифилиса. Гидроцефалия. Микроцефалия. Монголизм. Кретинизм	
VIII. Процессы экзогенного происхождения (инфекции)	80—92
Сифилис мозга. Неопластический симптомокомплекс. Острый сифилитический менингит. Эпилептиформный сифилис мозга. Апоплектиформный сифилис. Сифилитический псевдопаралич. Сифилитический галлюциноз и сифилитический параноид. Сифилитическая неврастения. Состояния, сходные с психопатиями. Приобретенный сифилис. Юношеский (ювенильный) прогрессивный паралич.	

IX. Процессы экзогенного происхождения (инфекции)	92—104
Эпидемический энцефалит. Этиология и патогенез. Острый стадий болезни. Хронический стадий. Адинамическая форма. Гипердинамическая форма. Инфекционная хорея. Симптоматология.	
X. Схизофрения	104—118
Общая симптоматология. Отдельные формы схизофрении. Простая схизофрения. Гебефрения (юношеское слабоумие). Кататония. Циркулярная форма. Паранойдная форма.	
XI. Эпилепсия	118—136
Клиническая картина эпилепсии. Припадки. Психические эквиваленты. Соматические расстройства. Хронические изменения психики.	
XII. Эпилептиформные состояния и реакции	136—143
Спазмофилия. Случайные судороги, симптоматические судороги. Аффективные респираторные судороги. Привычные обмороки. Органически обусловленные припадки (симптоматическая эпилепсия). Нарколепсия. Пикнолепсия.	
XIII. Маниакально-депрессивный психоз	143—150
Маниакальное состояние. Депрессивное состояние. Смешанные состояния.	
XIV. Пограничные состояния	151—196
Определение понятия «пограничные состояния» Классификация психопатий. Конституциональные психопатии. Схизоиды. Циклоиды. Эпилептоиды. Ограниченные задержки развития. Истероиды. Астенические психопаты. Эндогенная нервность. (Nervosität) Психастения. Отдельные симптомы комплексы при ограниченных задержках развития. Дистонные. Пассивные дистонные. Активные дистонные. Взрывчатые. Реактивно-лабильные.	
XV. Реактивные психические расстройства	196—209
Психогенные реакции (психоневрозы). Псевдоневрастения. Невроз ожидания. Невроз испуга. Реактивная депрессия. Соматогении. Неврастения. Вегетативные неврозы. Тики.	
XVI. Истерия	209—214
XVII. Психогигиена, психопрофилактика. Организация психоневрологической помощи детскому населению	214—223
Приложение	223—230
Указатель литературы.	
Указатель терминов.	
Сводная таблица классификации психопатий	

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХОПАТИЙ

1) Э. КРЕПЕЛИН (E. KRAEPELIN).	2) К. ШНЕЙДЕР (K. SCHNEIDER).	3) А. ГОМБУРГЕР (A. HOMBURGER).	4) Е. КАН (E. KAHN).	5) Французские школы (РОГ ДЕ ФЮРЗАК, ЛЕВИ-ВАЛЕНСИ, ДЕЛЬМА, СОЛЬЕ и КУРБОН, ДЮПРЕ и др.).
1. Нервозность (Nervosität).	1. Астенические психопаты (Asthenische Psychopathen).	1. Нервозность (Nervosität).	1. Нервные (Nervöse).	1. Астенофренический круг.
2. Невротики с навязчивыми состояниями (Zwangsneurotiker).	2. Неуверенные в себе психопаты (Selbstunsichere Psychopathen). а) Чувствительные, сенситивные (die Sensitiven). б) Ананкасты (die Anankasten).	2. Боязливые (Aengstliche). Также боязливые с навязчивыми представлениями (Zwangsvorstellungskranke) и отчасти — чувствительные (die Sensitiven).	2. А. Боязливые (Aengstliche). Б. Чувствительные, сенситивные (die Empfindsamen). Соответствуют Selbstunsichere К. Шнейдера, die Sensitiven Кремера и Гомбургера. Бумке «душевно-мягких» (Gemütsweiche) относит к астеникам. В. Люди с навязчивыми состояниями (Zwangsmenschen). Выделение этой группы от предыдущей Кан обосновывает тем, что не все Empfindsame имеют навязчивые состояния.	2. Психастения (Рог де Фюрзак сюда включает меланхолию, сплин, ипохондрию). По другим авторам (Леви-Валенси, Дельма, Дюпре) — гипермотивная конституция; другое название — гипертимотренический круг.
3. Возбудимые (Erregbare).	3. Гипертимики (Hyperthymische Psychopathen). Близки к сангвинистическому характеру Klages'a, Erethiker—Груле, по Кремеру — экспансивная реакция. а) Гипертимики-спорщики. б) С чертами неустойчивости (Haltlosigkeit). в) Лгуны (чаще псевдологи на маниакальной почве). К. Шнейдер полагает, что гипертимическая группа и «маниакальные предрасположения» (Manische Veranlagung) Крепелина составляют независимые друг от друга образования.	3. Конституционально-возбудимые (Die konstitutionell Erregten. Hypomanisch).	3. А. Возбудимые (Erregbare). Склонность к примитивным реакциям, как это описал Кремер. Б. Гипертимики (Hyperthyme); усиление инстинктивных стремлений экзальтация, маниакальное возбуждение. Соответствует Erregbare Крепелина; по Бумке — гипоманиакальная конституция (Hypomanische Konstitution); сангвиническая недостаточность (Sanguinische Minderwertigkeit) по von Dever'y.	3. Конституциональное психическое возбуждение (Рог де Фюрзак) с разновидностями: сутяги, мистики, инстабли, мифоманы.
3-а. Маниакальное предрасположение (Manische Veranlagung).				
4. Неустойчивые (Haltlose).	4. См. предыдущий раздел «б». Неопытный процент психопатов с неустойчивым настроением (Stimmungslabile Psychopathen); преимущественно безвольные психопаты (Willenslose Psychopathen).	4. Неустойчивые (Haltlose).	4. Ничтожный процент психопатов с неустойчивым настроением (Stimmungslabile). Реактивная аффективная лабильность (Reaktiv Affektlabile) Клейста сближается с группой Haltlose.	4. Соответствующей группировки нет, так как эти психопаты входят в раздел 3.
5. Слабовольные (Willensschwache).	5. Безвольные психопаты (Willenslose Psychopathen). По Бирбауму — Instable, по Коху — беспокойные (Unruhige Psychopathen).	5. Слабовольные (Willensschwache).	5. Слабовольные (Willensschwache). Скорее сближаются с Крепелиновскими Haltlose.	5. См. раздел 3 (Инстабли).
6. Люди влечений — усиление нормальных влечений «Аффект-эпилептики» (Triebmenschen, Steigerung normaler Triebe. «Affektepiloptiker»).	6 и 7. Взрывчатые психопаты (Explosible). По К. Шнейдеру эти психопаты должны быть отграничены от аффект-эпилептиков Bratz'a; им скорее более присуща примитивная реакция в смысле Кремера. Взрывчатые психопаты до некоторой степени сродни Erregbare Крепелина. Вагг называет эту группу психопатов «импульсивно-насиленными».	6 и 7. Раздражительные (Reizbare) и дисгармоничные (Dysharmonische). Последние некоторыми авторами обозначаются как слабовольные, иногда как с аномальными влечениями (Abnorme Triebhaftigkeit). По Гомбургеру в эту группу входят отчасти беглецы, странники, бродяги (Fortlaufen und Wandetrieb).	6. Одержимые влечениями (Triebhafte). Кан выделяет подгруппу психопатов с слабо выраженными влечениями (Triebsschwache Psychopathen). 7. Импульсивные психопаты (Impulsive Psychopathen).	6. Инстинктивная конституция (Леви-Валенси) или инстинктивные извращения (Рог де Фюрзак). 7 и 8. Перверзофренический круг (извращения влечений — сексуальные психопаты, аморальные психопаты и т. д.).
7. Патологически-импульсивные (болезненные влечения) (Pathologische impulsive krankhafte Triebe).				
8. Сексуальные извращения (Sexuell Perverse).	8. Соответствующей группировки нет.	8. В главе «Детская сексуальность» А. касается сексуальных извращений у детей.	8. Сексуально извращенные (Sexual Perverse).	См. предыдущий раздел.
9. Спорщики (Streitsüchtige).	9. Гипертимики - спорщики (Разновидность: сутяги и псевдокверулянты). См. раздел 3.	9. Соответствующей группировки нет.	9. Соответствующей группировки нет.	9. См. раздел 3.
10. Странные, чудаки, оригиналы (Verschrobene).	10. Фанатичные психопаты Fanatische Psychopathen). Разновидность: сумасброды, чудаки, странные. Отчасти фанатики Шнейдера примыкают к следующему разделу (11), отчасти (кверулянты) к предыдущему разделу (9).	10. Соответствующей группировки нет.	10. Странные, чудаки, оригиналы (Verschrobene).	10 и 11. Соответствующей группировки нет.
11. Мечтатели и вabalмошные (Schwärmer und Verbohrte).	11. См. раздел 10.	11. Соответствующей группировки нет.	11. Вabalмошные (Verbohrte).	
12. Лжецы и мошенники (Lügner und Schwindler).	12. Отдельные черты встречаются у ищущих переоценки психопатов (Geltungssüchtige Psychopathen). См. раздел 3, в) Лгуны.	12. Фантастическое искажение действительности и патологическая ложь (die phantastische Entgleisung und die pathologische Lüge). Ребенок с бедной фантазией (das phantasiearme Kind).	12. Фантасты (Phantastische).	12. Мифоманы. Мифомания по Дюпре делится: 1. Тщеславная мифомания (жажда славы). Наиболее частая разновидность — фантастическое бахвальство, другая разновидность — самообвинение в преступлении, третья — самоувещье. 2. Злостная мифомания. Разновидности: насмешливая, хитрая мифомания (сюда входит и мистификация), клеветническое обвинение. 3. Перверзная мифомания — обусловлена влиянием порочных appetitов (жадность, похотливость, моральные извращения).
13. Истерические личности (Истерический характер. Дегенеративная истерия). (Hysterische Persönlichkeiten. Hysterischer Charakter).	13. Ищущие переоценки психопаты (Geltungssüchtige Psychopathen). Говорить в этом разделе психопатии об истерическом характере К. Шнейдер не упоминает.	13. Истерические личности. Истерический характер (Hysterische Persönlichkeiten. Hysterischer Charakter).	13. Истеричные (Hysterische).	13. Истерический круг. Смешанные конституции.

10. Скрытые (Verschleierte) сигналы (Verschleierte Signale).	10. Скрытые (Verschleierte) сигналы (Verschleierte Signale).	10. Скрытые (Verschleierte) сигналы (Verschleierte Signale).	10. Скрытые (Verschleierte) сигналы (Verschleierte Signale).	10. Скрытые (Verschleierte) сигналы (Verschleierte Signale).
11. Мечтатели и вбалмошные (Schwärmer und Verbohrte).	11. См. раздел 10.	11. Соответствующей группировки нет.	11. Вбалмошные (Verbohrte).	
12. Лжецы и мошенники (Lügner und Schwindler).	12. Отдельные черты встречаются у ищущих переоценки психопатов (Geltungssüchtige Psychopathen). См. раздел 3, в) Лгуны.	12. Фантастическое искажение действительности и патологическая ложь (die phantastische Entgleisung und die pathologische Lüge). Ребенок с бедной фантазией (das phantasiearme Kind).	12. Фантасты (Phantastische).	12. Мифоманы. Мифомания по Дюпре делится: 1. Тщеславная мифомания (жажда славы). Наиболее частая разновидность — фантастическое бахвальство, другая разновидность — самообвинение в преступлении, третья — самоувечье. 2. Злостная мифомания. Разновидности: насмешливая, хитрая мифомания (сюда входит и мистификация), клеветническое обвинение. 3. Перверзная мифомания — обусловлена влиянием порочных appetitов (жадность, похотливость, моральные извращения).
13. Истерические личности (Истерический характер. Дегенеративная истерия). (Hysterische Persönlichkeiten. Hysterischer Charakter. Entartungshysterie).	13. Ищущие переоценки психопаты (Geltungssüchtige Psychopathen). Говорить в этом разделе психопатии об истерическом характере К. Шнейдер считает нецелесообразным. Термин «истеричный» он оставляет для психически возникающих соматических расстройств и различных психических реакций.	13. Истерические личности. Истерический характер (Hysterische Persönlichkeiten. Hysterischer Charakter).	13. Истеричные (Hysterische).	13. Истерический круг. Смешанные конституции.
14. Враги общества (Gesellschaftsfeinde).	14. Бесчувственные психопаты (Gemütlose Psychopathen). Анастический симптомокомплекс [Anesthetischer Symptomenkomplex Альбрехта.]	14. Бесчувственные и черствые психопаты (Gemütlose und Gemütsarme).	14. Холодные психопаты (Gemütskalte).	14. См. раздел 12.
15. Соответствующей группировки нет. См. Неустойчивые (Haltlose).	15. Психопаты с неустойчивым настроением (Stimmungslabile Psychopathen). К. Шнейдер подчеркивает их отличие в колебаниях настроения от циклоидного и эпилептоидного.	15. Соответствующей группировки нет.	15. Пойкилотимики (Poikilothymiker). а) Аутохтонная смена настроения (Autochthon Stimmungslabile). б) Реактивная смена настроения (Reaktiv Stimmungslabile).	15 и 16. Экспансивно-депрессивная конституция.
16. Депрессивное предрасположение (Depressive Veranlagung).	16. Депрессивные психопаты (Depressive Psychopathen): а) Мрачно-депрессивные. б) Недоверчиво-депрессивные. в) Непостоянные.		16. Депрессивные (Depressive).	
<p>Какие психопатические личности с расстройством темперамента (Dysthymiker) группирует следующим образом.</p> <p>I. Гипертимики (Hyperthymiker): а) живые (Lebhafte), б) возбудимые (Erregbare), в) взрывчатые (Explosible), г) раздражительные (Reizbare), д) веселые (Heitere), е) эйфоричные (Euphorische).</p> <p>II. Гипотимики (Hypo-thymiker). А. Атимики (Athymiker): а) флегматики (Phlegmatiker), б) тупые (Stumpfe), в) черствые, малосердечные (Gemütsarme), г) бесчувственные (Gemütlose).</p> <p>Б. Дисфорики (Dysphoriker): а) боязливые (Aengstliche), б) мрачные угрюмые (Missmutige), в) печальные (Traurige).</p> <p>III. Пойкилотимики (Poikilothymiker) — подразделение см. в рубрике 15.</p>				
1) Е. Краепелин.—Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1921. Bd. 76, S. 627.	2) К. Шнейдер.—Die psychopathischen Persönlichkeiten. Zweite Auflage, 1928.	3) А. Гомбургер.—Psychopathologie des Kindesalters, 1926.	4) Е. Кречмер. Циклоиды { а) Живой гипоманиакальный тип (Flotthypomanischer Typus). б) Тихий, самодовольный тип (Stillvergnügter Typus). в) Меланхолический тип (тяжелокровный—Schwerblütiger Typus). Схизоиды { А. Преимущественно гиперэстетические темпераменты. а) Сентиментальный, лишенный аффекта тип (Empfindsam-affektlahmer Typus) — преэпсихотический. б) Тонкочувствительный, холодный тип аристократа (Feinsinnig-kühler Aristokratentypus). в) Патетический тип идеалиста (Pathetischer Idealistentypus). Б. Преимущественно холодные и тупые темпераменты. а) Тип холодного деспота (нравственное помешательство) (kalter Despotentypus—moralische Schwachsinn). б) Гневно-тупой тип (Jähzornig-stumpfer Typus). в) Тип никчемного бездельника (Zerfahrener Bummler — «Wurstigkeit» — «безразличие»).	5) Dupré.—Pathologie de l'imagination et de l'émotivité, Paris, 1925. Rogeus de Fursac.—Manuel de Psychiatrie, 1923. Levi Valensi.—Precisi de Psychiatrie, 1926.

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХОПАТИЙ

1) Э. КРЕПЕЛИН (E. KRAEPELIN).	2) К. ШНЕЙДЕР (K. SCHNEIDER).	3) А. ГОМБУРГЕР (A. HOMBURGER).	4) Е. КАН (E. KAHN).	5) Французские школы (РОГ ДЕ ФЮРЗАК, ЛЕВИ-ВАЛЕНСИ, ДЕЛЬМА, СОЛЬЕ И КУРБОН, ДЮПРЕ и др.).
1. Нервозность (Nervosität).	1. Астенические психопаты (Asthenische Psychopathen).	1. Нервозность (Nervosität).	1. Нервные (Nervöse).	1. Астенофренический круг.
2. Невротики с навязчивыми состояниями (Zwangsneurotiker).	2. Неуверенные в себе психопаты (Selbstunsichere Psychopathen). а) Чувствительные, сенситивные (die Sensitiven). б) Ананкасты (die Anankasten).	2. Боязливые (Aengstliche). Также боязливые с навязчивыми представлениями (Zwangsvorstellungskranke) и отчасти—чувствительные (die Sensitiven).	2. А. Боязливые (Aengstliche). Б. Чувствительные, сенситивные (die Empfindsamen). Соответствуют Selbstunsichere К. Шнейдера, die Sensitiven Кречмера и Гомбургера. Бумке «душевно-мягких» (Gemütsweiche) относит к психастеникам. В. Люди с навязчивыми состояниями (Zwangsmenschen). Выделение этой группы от предыдущей Кан обосновывает тем, что не все Empfindsame имеют навязчивые состояния.	2. Психастения (Рог де Фюрзак сюда включает меланхолию, сплин, ипохондрию). По другим авторам (Леви-Валенси, Дельма, Дюпре)—гиперэмотивная конституция; другое название — гипертимофренический круг.
3. Возбудимые (Erregbare). 3-а. Маниакальное предрасположение (Manische Veranlagung).	3. Гипертимики (Hyperthymische Psychopathen). Близки к сангвинистическому характеру Klages'a, Erethiker—Груле, по Кречмеру — экспансивная реакция. а) Гипертимики-спорщики. б) С чертами неустойчивости (Haltlosigkeit). в) Лгуны (чаще псевдологи на маниакальной почве). К. Шнейдер полагает, что гипертимическая группа и «маниакальные предрасположения» (Manische Veranlagung) Крепелина составляют независимые друг от друга образования.	3. Конституционально-возбудимые (Die konstitutionell Erregten. Hypomanisch).	3. А. Возбудимые (Erregbare). Склонность к примитивным реакциям, как это описал Кречмер. Б. Гипертимики (Hyperthyme); усиление инстинктивных стремлений экзальтация, маниакальное возбуждение. Соответствует Erregbare Крепелина; по Бумке — гипоманиакальная конституция (Hypomanische Konstitution); сангвиническая недостаточность (Sanguinische Minderwertigkeit) по von Dever'y.	3. Конституциональное психическое возбуждение (Рог де Фюрзак) с разновидностями: сутяги, мистики, инстабли, мифоманы.
4. Неустойчивые (Haltlose).	4. См. предыдущий раздел «б». Незначительный процент психопатов с неустойчивым настроением (Stimmungslabile Psychopathen); преимущественно безвольные психопаты (Willenslose Psychopathen).	4. Неустойчивые (Haltlose).	4. Ничтожный процент психопатов с неустойчивым настроением (Stimmungslabile). Реактивная аффективная лабильность (Reaktiv Affektlabile) Клейста сближается с группой Haltlose.	4. Соответствующей группировки нет, так как эти психопаты входят в раздел 3.
5. Слабовольные (Willens-)	5. Безвольные психопаты (Wil-	5. Слабовольные (Willens-	5. Слабовольные (Willens-	

3. Возбудимые (Erregbare). 3-а. Маниакальное предрасположение (Manische Veranlagung).	3. Гипертимики (Hyperthymische Psychopathen). Близки к сангвинистическому характеру Klages'a, Erethiker—Груле, по Кремеру — экспансивная реакция. а) Гипертимики-спорщики. б) С чертами неустойчивости (Haltlosigkeit). в) Лгуны (чаще псевдологи на маниакальной почве). К. Шнейдер полагает, что гипертимическая группа и «маниакальные предрасположения» (Manische Veranlagung) Крепелина составляют независимые друг от друга образования.	3. Конституционально-возбудимые (Die konstitutionell Erregten. Hypomanisch).	3. А. Возбудимые (Erregbare). Склонность к примитивным реакциям, как это описал Кремер. Б. Гипертимики (Hyperthyme); усиление инстинктивных стремлений экзальтация, маниакальное возбуждение. Соответствует Erregbare Крепелина; по Бумке — гипоманиакальная конституция (Hypomanische Konstitution); сангвиническая недостаточность (Sanguinische Minderwertigkeit) по von Dever'у.	3. Конституциональное психическое возбуждение (Рогде Фюрзак) с разновидностями: сутяги, мистики, инстабли, мифоманы.
4. Неустойчивые (Haltlose).	4. См. предыдущий раздел «б». Незначительный процент психопатов с неустойчивым настроением (Stimmungslabile Psychopathen); преимущественно безвольные психопаты (Willenslose Psychopathen).	4. Неустойчивые (Haltlose).	4. Ничтожный процент психопатов с неустойчивым настроением (Stimmungslabile). Реактивная аффективная лабильность (Reaktiv Affektlabile) Клейста сближается с группой Haltlose.	4. Соответствующей группировки нет, так как эти психопаты входят в раздел 3.
5. Слабовольные (Willensschwache).	5. Безвольные психопаты (Willenslose Psychopathen). По Бирнбауму — Instable, по Коху — беспокойные (Unruhige Psychopathen).	5. Слабовольные (Willensschwache).	5. Слабовольные (Willensschwache). Скорее сближаются с Крепелиновскими Haltlose.	5. См. раздел 3 (Инстабли).
6. Люди влечений — усиление нормальных влечений «Аффект-эпилептики» (Triebmenschen, Steigerung normaler Triebe. «Affektepileptiker»).	6 и 7. Взрывчатые психопаты (Explosible). По К. Шнейдеру эти психопаты должны быть отграничены от аффект-эпилептиков Bratz'a; им скорее более присуща примитивная реакция в смысле Кремера. Взрывчатые психопаты до некоторой степени сродни Erregbare Крепелина. Ваер называет эту группу психопатов «импульсивно-насильственными».	6 и 7. Раздражительные (Reizbare) и дисгармоничные (Dysharmonische). Последние некоторыми авторами обозначаются как слабовольные, иногда как с аномальными влечениями (Abnorme Triebhaftigkeit). По Гомбургеру в эту группу входят отчасти беглецы, странники, бродяги (Fortlaufen und Wandertrieb).	6. Одержимые влечениями (Triebhafte). Кан выделяет подгруппу психопатов с слабо выраженными влечениями (Triebsschwache Psychopathen). 7. Импульсивные психопаты (Impulsive Psychopathen).	6. Инстинктивная конституция (Леви-Валенси) или инстинктивные извращения (Рогде Фюрзак). 7 и 8. Перверзофренический круг (извращение влечений — сексуальные психопаты, аморальные психопаты и т. д.).
8. Сексуальные извращения (Sexuell Perverse).	8. Соответствующей группировки нет.	8. В главе «Детская сексуальность» А. касается сексуальных извращений у детей.	8. Сексуально извращенные (Sexual Perverse).	См. предыдущий раздел.
9. Спорщики (Streitsüchtige).	9. Гипертимики - спорщики (Разновидность: сутяги и псевдокверулянты). См. раздел 3.	9. Соответствующей группировки нет.	9. Соответствующей группировки нет.	9. См. раздел 3.

(Willensschwache).	5. Безвольные психопаты (Willenslose Psychopathen). По Б и р н б а у м у — Instable, по К о х у — беспокойные (Unruhige Psychopathen).	5. Слабовольные (Willensschwache).	5. Слабовольные (Willensschwache). Скорее сближаются с Крепелиновскими Haltlose.	5. См. раздел 3 (Интабли).
6. Люди влечений — усиление нормальных влечений «Аффект-эпилептики» (Triebmenschen, Steigerung normaler Triebe. «Affektepileptiker»).	6 и 7. Взрывчатые психопаты (Explosible). По К. Шнейдеру эти психопаты должны быть отграничены от аффект-эпилептиков Bratz'a; им скорее более присуща примитивная реакция в смысле Кречмера. Взрывчатые психопаты до некоторой степени сродни Erregbare Крепелина. Ваер называет эту группу психопатов «импульсивно-насильственными».	6 и 7. Раздражительные (Reizbare) и дисгармоничные (Dysharmonische). Последние некоторыми авторами обозначаются как слабовольные, иногда как с аномальными влечениями (Abnorme Triebhaftigkeit). По Гомбургеру в эту группу входят отчасти беглецы, странники, бродяги (Fortlaufen und Wandertrieb).	6. Одержимые влечениями (Triebhafte). Кан выделяет подгруппу психопатов с слабо выраженными влечениями (Triebsschwache Psychopathen).	6. Инстинктивная конституция (Левин-Валенси) или инстинктивные извращения (Рогде-Фюрзак).
7. Патологически - импульсивные (болезненные влечения) (Pathologische impulsive krankhafte Triebe)			7. Импульсивные психопаты (Impulsive Psychopathen).	7 и 8. Перверзофренический круг (извращение влечений — сексуальные психопаты, аморальные психопаты и т. д.).
8. Сексуальные извращения (Sexuell Perverse).	8. Соответствующей группировки нет.	8. В главе «Детская сексуальность» А. касается сексуальных извращений у детей.	8. Сексуально извращенные (Sexual Perverse).	См. предыдущий раздел.
9. Спорщики (Streitsüchtige).	9. Гипертимики - спорщики (Разновидность: сутяги и псевдокверулянты). См. раздел 3.	9. Соответствующей группировки нет.	9. Соответствующей группировки нет.	9. См. раздел 3.
10. Странные, чудаки, оригиналы (Verschrobene).	10. Фанатичные психопаты Fanatische Psychopathen). Разновидность: сумасброды, чудаки, странные. Отчасти фанатики Шнейдера примыкают к следующему разделу (11), отчасти (кверулянты) к предыдущему разделу (9).	10. Соответствующей группировки нет.	10. Странные, чудаки, оригиналы (Verschrobene).	10 и 11. Соответствующей группировки нет.
11. Мечтатели и взбалмошные (Schwärmer und Verbohrte).	11. См. раздел 10.	11. Соответствующей группировки нет.	11. Взбалмошные (Verbohrte).	
12. Лжецы и мошенники (Lügner und Schwindler).	12. Отдельные черты встречаются у ищущих переоценки психопатов (Geltungssüchtige Psychopathen). См. раздел 3, в) Лгуны.	12. Фантастическое искажение действительности и патологическая ложь (die phantastische Entgleisung und die pathologische Lüge). Ребенок с бедной фантазией (das phantasiearme Kind).	12. Фантасты (Phantastische).	12. Мифоманы. Мифомания по Дюпре делится: 1. Тщеславная мифомания (жажда славы). Наиболее частая разновидность — фантастическое бахвальство, другая разновидность — самообвинение в преступлении, третья — самоувечье. 2. Злостная мифомания. Разновидности: насмешливая, хитрая мифомания (сюда входит и мистификация), клеветническое обвинение. 3. Перверзная мифомания — обусловлена влиянием порочных appetitов (жадность, похотливость).

10. Странные, чудаки, оригиналы (Verschrobene).	10. Фанатичные психопаты (Fanatische Psychopathen). Разновидность: сумасброды, чудаки, странные. Отчасти фанатики Шнейдера примыкают к следующему разделу (11), отчасти (кверулянты) к предыдущему разделу (9).	10. Соответствующей группировки нет.	10. Странные, чудаки, оригиналы (Verschrobene).	10 и 11. Соответствующей группировки нет.
11. Мечтатели и взбалмошные (Shwärmer und Verbohrte).	11. См. раздел 10.	11. Соответствующей группировки нет.	11. Взбалмошные (Verbohrte).	
12. Лжецы и мошенники (Lügner und Schwindler).	12. Отдельные черты встречаются у ищущих переоценки психопатов (Geltungssüchtige Psychopathen). См. раздел 3, в) Лгуны.	12. Фантастическое искажение действительности и патологическая ложь (die phantastische Entgleisung und die pathologische Lüge). Ребенок с бедной фантазией (das phantasiearme Kind).	12. Фантасты (Phantastische).	12. Мифоманы. Мифомания по Дюпре делится: 1. Тщеславная мифомания (жажда славы). Наиболее частая разновидность — фантастическое бахвальство, другая разновидность — самообвинение в преступлении, третья — самоувечье. 2. Злостная мифомания. Разновидности: насмешливая, хитрая мифомания (сюда входит и мистификация), клеветническое обвинение. 3. Перверзная мифомания — обусловлена влиянием порочных appetitов (жадность, похотливость, моральные извращения).
13. Истерические личности (Истерический характер. Дегенеративная истерия). (Hysterische Persönlichkeiten. Hysterischer Charakter. Entartungshysterie).	13. Ищущие переоценки психопаты (Geltungssüchtige Psychopathen). Говорить в этом разделе психопатии об истерическом характере К. Шнейдер считает нецелесообразным. Термин «истеричный» он оставляет для психически возникающих соматических расстройств и различных психических реакций.	13. Истерические личности. Истерический характер (Hysterische Persönlichkeiten. Hysterischer Charakter).	13. Истеричные (Hysterische).	13. Истерический круг. Смешанные конституции.
14. Враги общества (Gesellschaftsfeinde).	14. Бесчувственные психопаты (Gemütlose Psychopathen). Анастический симптомокомплекс [Anethischer Symptomenkomplex Альбрехта.]	14. Бесчувственные и черствые психопаты (Gemütlose und Gemütsarme).	14. Холодные психопаты (Gemütskalte).	14. См. раздел 12.
15. Соответствующей группировки нет. См. Неустойчивые (Haltlose).	15. Психопаты с неустойчивым настроением (Stimmungslabile Psychopathen). К. Шнейдер подчеркивает их отличие в колебаниях настроения от циклотимии и аффективного	15. Соответствующей группировки нет.	15. Пойкилотимиики (Poikilothymiker). а) Аутохтонная смена настроения (Autochthon Stimmungslabile). б) Реактивная смена настроения	15 и 16. Экспансивно-депрессивная конституция.

				обусловлена влиянием порочных appetitов (жадность, похотливость, моральные извращения).
13. Истерические личности (Истерический характер. Дегенеративная истерия). (Hysterische Persönlichkeiten. Hysterischer Charakter. Entartungshysterie).	13. Ищущие переоценки психопаты (Geltungssüchtige Psychopathen). Говорить в этом разделе психопатии об истерическом характере К. Шнейдер считает нецелесообразным. Термин «истеричный» он оставляет для психически возникающих соматических расстройств и различных психических реакций.	13. Истерические личности. Истерический характер (Hysterische Persönlichkeiten. Hysterischer Charakter).	13. Истеричные (Hysterische).	13. Истерический круг. Смешанные конституции.
14. Враги общества (Gesellschaftsfeinde).	14. Бесчувственные психопаты (Gemütlose Psychopathen). Анэтический симптомокомплекс [Anethischer Symptomenkomplex Альбрехта.]	14. Бесчувственные и черствые психопаты (Gemütlose und Gemütsarme).	14. Холодные психопаты (Gemütskalte).	14. См. раздел 12.
15. Соответствующей группировки нет. См. Неустойчивые (Haltlose).	15. Психопаты с неустойчивым настроением (Stimmungslabile Psychopathen). К. Шнейдер подчеркивает их отличие в колебаниях настроения от циклоидного и эпилептоидного.	15. Соответствующей группировки нет.	15. Пойкилотимики (Poikilothymiker). а) Аутохтонная смена настроения (Autochthon Stimmungslabile). б) Реактивная смена настроения (Reaktiv Stimmungslabile).	15 и 16. Экспансивно-депрессивная конституция.
16. Депрессивное предрасположение (Depressive Veranlagung).	16. Депрессивные психопаты (Depressive Psychopathen): а) Мрачно-депрессивные. б) Недоверчиво-депрессивные. в) Непостоянные.		16. Депрессивные (Depressive).	

К а н психопатические личности с расстройством темперамента (Dysthymiker) группирует следующим образом.

I. Г и п е р т и м и к и (Hyperthymiker): а) живые (Lebhaft), б) возбудимые (Erregbare), в) взрывчатые (Explosible), г) раздражительные (Reizbare), д) веселые (Heitere), е) эйфоричные (Euphorische).

II. Г и п о т и м и к и (Hypothymiker). А. А тим и к и (Athymiker): а) флегматики (Phlegmatiker), б) тупые (Stumpfe), в) черствые, малосердечные (Gemütsarme), г) бесчувственные (Gemütlose).

Б. Дисфорики (Dysphoriker): а) боязливые (Aengstliche), б) мрачные угрюмые (Mismutige), в) печальные (Traurige).

III. П о й к и л о т и м и к и (Poikilothymiker) — подразделение см. в рубрике 15.

Е. К р е ч м е р.

Циклоиды { а) Живой гипоманиакальный тип (Flotthypomanischer Typus).
б) Тихий, самодовольный тип (Stillvergnügter Typus).
в) Меланхолический тип (тяжелокровный—Schwerblütiger Typus).

А. Преимущественно гиперэстетические темпераменты.

Схизоиды { а) Сентиментальный, лишенный аффекта тип (Empfindsam-affektlahmer Typus) — препсихотический.
б) Тонкочувствительный, холодный тип аристократа (Feinsinnig-kühler Aristokratentypus).
в) Патетический тип идеалиста (Pathetischer Idealistentypus).

Б. Преимущественно холодные и тупые темпераменты.

а) Тип холодного деспота (нравственное помешательство (kalter Despotentypus—moralische Schwachsinn).
б) Гневно-тупой тип (Jähzörnig-stumpfer Typus).
в) Тип никчемного бездельника (Zerfahrener Bummler — «Wurstigkeit» — «безразличие»).

(Hartlose).	Psychopathen). К. Шнейдер подчеркивает их отличие в колебаниях настроения от циклоидного и эпилептоидного.	решен нет.	lothymiker). а) Аутохтонная смена настроения (Autochthon Stimmungs-labile). б) Реактивная смена настроения (Reaktiv Stimmungs-labile).	сивная конституция.
16. Депрессивное предрасположение (Depressive Veran-lung).	16. Депрессивные психопаты (Depressive Psychopathen): а) Мрачно-депрессивные. б) Недоверчиво-депрессивные. в) Непостоянные.		16. Депрессивные (Depressive).	
<p>К а н психопатические личности с расстройством темперамента (Dysthymiker) группирует следующим образом.</p> <p>I. Г и п е р т и м и к и (Hyperthymiker): а) живые (Lebhafte), б) возбудимые (Erregbare), в) взрывчатые (Explosible), г) раздражительные (Reizbare), д) веселые (Heitere), е) эйфоричные (Euphorische).</p> <p>II. Г и п о т и м и к и (Hypothymiker). А. Атимки (Athymiker): а) флегматики (Phlegmatiker), б) тупые (Stumpfe), в) черствые, малосердечные (Gemütsarme), г) бесчувственные (Gemütlose). Б. Дисфорики (Dysphoriker): а) боязливые (Aengstliche), б) мрачные угрюмые (Misshutige), в) печальные (Traurige).</p> <p>III. П о й к и л о т и м и к и (Poikilothymiker) — подразделение см. в рубрике 15.</p>				
<p>Е. К р е ч м е р.</p> <p>Циклоиды { а) Живой гипоманиакальный тип (Flotthypomanischer Typus). б) Тихий, самодовольный тип (Stillvergnügter Typus). в) Меланхолический тип (тяжелокровный—Schwerblütiger Typus).</p> <p>А. Преимущественно гиперэстетические темпераменты. а) Сентиментальный, лишенный аффекта тип (Empfindsam-affektlahmer Typus) — препсихотический. б) Тонкочувствительный, холодный тип аристократа (Feinsinnig-kühler Aristokratentypus). в) Патетический тип идеалиста (Pathetischer Idealistentypus).</p> <p>Схизоиды { Б. Преимущественно холодные и тупые темпераменты. а) Тип холодного деспота (нравственное помешательство (kalter Despotentypus—moralische Schwachsinn). б) Гневно-тупой тип (Jähzörnig-stumpfer Typus). в) Тип никчемного бездельника (Zerfahrener Bummler — «Wurstigkeit» — «безразличие»).</p>				
1) Е. Краепелин.—Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1921. Bd. 76, S. 627.	2) К. Schneider.—Die psychopathischen Persönlichkeiten. Zweite Auflage, 1928.	3) А. Homburger.—Psychopathologie des Kindesalters, 1926.	4) Е. К а h n.—Die psychopathischen Persönlichkeiten. Handbuch der Geisteskrankheiten. Red. O. Bumke. 1928.	5) Dupré.—Pathologie de l'imagination et de l'émotivité, Paris, 1925. Rogeus de Fursac.—Manuel de Psychiatrie, 1923. Levi Valensi.—Precisi de Psychiatrie, 1926.

Цена 2 р. 65 к.

Переплет 60 к.